

комментарий специалиста



А.А. Кирилловых

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)

Постатейный комментарий
к Федеральному закону

- Гарантии прав и свобод ВИЧ-инфицированных
- Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным
- Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей
- Социальная поддержка лиц, находящихся в зоне риска ВИЧ-инфекции

ЮСТИЦ  ИНФОРМ

Андрей Александрович Кирилловых
Комментарий к Федеральному закону
«О предупреждении распространения
в Российской Федерации заболевания,
вызываемого вирусом иммунодефицита
человека (ВИЧ-инфекции)» (постатейный)

*Комментарий к Федеральному закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (постатейный): Юстицинформ; М.:; 2010
ISBN 978-5-7205-1022-0*

Аннотация

В постатейном комментарии к Федеральному закону от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», учтены изменения в нормативных актах по состоянию на начало 2010 года.

Закон принят в развитие положений политики государства в сфере благополучия населения и защиты от массовых инфекционных заболеваний, признаваемых во всем мире в качестве угрозы существованию человечества; определяет направления деятельности государства в области профилактики, мероприятия по обеспечению гарантий прав граждан при возникновении ВИЧ-инфекции.

Регламентируются вопросы организации и финансирования предупреждения ВИЧ-инфекции, условий оказания медицинской помощи и социальной поддержки ВИЧ-инфицированных, а также граждан, находящихся под угрозой заражения ВИЧ-инфекцией.

Комментарий рассчитан на руководителей и специалистов уполномоченных государственных и муниципальных органов в сфере здравоохранения, организаций социальной защиты, медицинских учреждений, граждан – ВИЧ-инфицированных, членов их семей, а также работников организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющих диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных.

Содержание

Глава I	12
Статья 1. Основные понятия	12
Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции	16
Статья 3. Применение настоящего Федерального закона	20
Статья 4. Гарантии государства	24
Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных	46
Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции	48
Глава II	50
Статья 7. Медицинское освидетельствование	50
Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование	55
Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование	58
Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства	61
Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции	64
Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование	69
Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования	70
Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи	74
Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции	83
Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным	89
Глава III	92
Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных	92
Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних	95
Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних	98
Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками	102
Глава IV	109
Статья 21. Утратила силу.	109
Статья 22. Гарантии в области труда	110
Глава V	119
Статья 23. Государственный контроль	119
Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона	122

Статья 25. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом до 1 июля 1995 года	128
Статья 26. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 августа 1995 года	129
Нормативные правовые акты	131
2	140

А. А. Кирилловых

Комментарий к Федеральному закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (постатейный)

(в ред. федеральных законов от 12 августа 1996 г. № 112-ФЗ, от 9 января 1997 г. № 8-ФЗ, от 7 августа 2000 г. № 122-ФЗ, от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ, от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ)

Признавая, что хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире,

абзац утратил силу,

вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации,

создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества,

вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения,

а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции,

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. Губительное воздействие на организм этот вирус проявляет в разрушении клеток крови, защищающих организм от болезней, наличие его в крови еще не означает СПИД. Однако СПИД – это болезнь, синдром приобретенного иммунодефицита, являющийся следствием ВИЧ-инфекции. На фоне ослабления иммунной системы происходит стойкое снижение способности организма противостоять инфекциям, что ведет к возникновению и развитию различных заболеваний. В среднем от заражения ВИЧ-инфекцией до развития СПИДа без лечения проходит 8—10 лет.

Всесторонняя защита граждан различных стран от распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа выходит за рамки только этой функции государства и ставит задачу не только предупредить заражение, но и создать условия для социальной адаптации и защиты от дискриминации лиц, подвергшихся заражению.

Пандемия ВИЧ/СПИДа и сопутствующие ей нарушения прав человека вывели проблему на международный уровень.

В сентябре 1996 г. вторая международная консультация по ВИЧ/ СПИДу и правам человека одобрила Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека¹,

¹ ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. HR/PUB/98/1. ООН. – Нью-Йорк и Женева. – 1998. – С. 13.

основанные на нормах и стандартах в области прав человека, принятых на международном и региональном уровнях.

Уже сам факт появления Международных принципов свидетельствует о признании этой проблемы человечеством и возведении ее в ранг международного (глобального) масштаба.

Главная цель названных принципов, основными пользователями которых предполагаются государства в лице законодательных и исполнительных органов власти, включая должностных лиц, заключается в реализации на практике международных норм.

Большая роль принципам отводится в свете гармонизации национального законодательства в области ВИЧ/СПИДа, сбалансированности в них интересов общества и личности.

Поэтому распространение ВИЧ/СПИДа во всех государствах мира стало основанием для разработки национальных правовых актов, определяющих свою систему мер в этой сфере.

Однако опыт правового регулирования иностранных государств свидетельствует о неоднозначности подходов к проблеме ВИЧ/ СПИДа в разное время. При этом характерным для общества является первоначальное неприятие возникающей ситуации и желание пойти по пути ограничения прав человека как в повседневной жизни, так и на законодательном уровне.

Для нашей страны, как и для других государств, расстановка приоритетов в сфере борьбы с заболеваниями, поразившими значительную часть населения земного шара, весьма своеобразна. В число социально опасных заболеваний в России включены ВИЧ-инфекция и туберкулез, что явилось основанием для формирования специального законодательства, направленного на решение комплекса проблем, связанных с этими болезнями.

Принятый в 1995 г. и действующий по настоящее время Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» является воплощением практики мирового регулирования борьбы с ВИЧ-инфекцией и международных руководящих принципов.

В свою очередь, Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»² дополняет нормативную базу и является продолжением политики государства в сфере преодоления массовых заболеваний.

Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (далее – Закон) является уже третьим законодательным актом, специально посвященным ВИЧ/СПИДу.

Преамбула Закона содержит основные причины, послужившие основанием для его принятия. В преамбуле сказано, что это заболевание приобретает массовое распространение во всем мире; вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для нашей страны; создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества; вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения и применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики этого заболевания.

При этом Федеральным законом от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ³ в преамбулу Закона были внесены изменения. Они касались признания ВИЧ хроническим заболеванием, а также исключения из текста упоминания о неизлечимости и неотвратимом смертельном исходе как результате этого заболевания.

² СЗ РФ. – 2001. – № 26. – Ст. 2581.

³ СЗ РФ. – 2007. – № 43. – Ст. 5084.

Надо сказать, что российский Закон, развивая идеи международных принципов, в некотором смысле «ушел» вперед по сравнению с аналогичными актами других государств. Помимо декларируемых общегражданских прав Закон содержит общие положения о социальной поддержке ВИЧ-инфицированных лиц и членов их семей.

Между тем, для понимания сущности современного законодательства следует обратиться к практике отечественного нормотворчества, хронология которого определяет различные аспекты политики государства в области ВИЧ/СПИДа.

Впервые проблема распространения ВИЧ нашла отражение в приказе Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. № 776 «Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД», который предусматривал ряд превентивных мер в системе здравоохранения.

Однако первым законодательным актом в этой области является Указ Президиума Верховного Совета СССР от 25 августа 1987 г. «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД». Указ отдавал приоритет интересам общественного здравоохранения и носил ограничительный характер в отношении прав личности. Данный нормативный правовой акт имел силу закона и вводил ряд норм, направленных на предотвращение распространения инфекции среди населения.

В соответствии с положениями Указа вводилось обязательное медицинское освидетельствование⁴ на ВИЧ для отдельных категорий граждан с принудительным доставлением в медицинские учреждения в случаях уклонения от такого освидетельствования. Для иностранных граждан и лиц без гражданства предусматривалась возможность выдворения из пределов СССР. Устанавливалась и уголовная ответственность за заведомое постановление другого лица в опасность заражения и заражение ВИЧ-инфекцией, сохраняющаяся в Уголовном кодексе РФ и сегодня. Указ больше был направлен на защиту интересов общественного здравоохранения.

В целях совершенствования борьбы со СПИДом в 1989 г. был издан приказ Минздрава РСФСР «Об организации службы профилактики СПИДа в СССР».

Следует отметить, что заболеваемость ВИЧ/СПИДом существенным образом влияет на права лиц, контактирующих с носителями иммунодефицита. В Законе СССР от 23 апреля 1990 г. «О профилактике заболевания СПИД»⁵ такие лица получили права на медицинскую и социальную помощь, бесплатный проезд к месту лечения и обратно, бесплатные лекарства при амбулаторном лечении и пенсионное обеспечение.

В законе СССР содержалась и общая антидискриминационная норма, согласно которой не допускались увольнение с работы, отказ в приеме на работу, приеме в лечебные и учебные заведения, приеме детей в детские дошкольные учреждения, а также ущемление иных прав и ограничение законных интересов лиц с ВИЧ/СПИДом только на основании того, что они являются носителями вируса или больными СПИДом.

Признавались также и права родных и близких ВИЧ-инфицированных, в частности родители или лица, их заменяющие, получили право на совместное пребывание в стационарах с детьми в возрасте до 14 лет с освобождением их от работы на срок пребывания и выплатой по месту работы за это время пособия по временной нетрудоспособности. Заражение ВИЧ-инфекцией медицинских и фармацевтических работников при исполнении служебных обязанностей было отнесено к профессиональным заболеваниям.

При закрытии исторической специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (СС ГА ООН) по ВИЧ/СПИДу, состоявшейся в июне 2001 г., 189

⁴ См.: Правила медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом СПИД (Синдром приобретенного иммунодефицита) (утв. приказом министра здравоохранения СССР 28 августа 1987 г.).

⁵ ВВС СССР. – 1990. – № 19. – Ст. 324.

государств-участников приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/ СПИДом.

Декларация о приверженности оказывает поддержку цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия – к 2015 г. остановить и повернуть вспять эпидемию ВИЧ/СПИДа.

Вирус иммунодефицита человека вызвал глобальную эпидемию, масштабы которой в 2 раза превосходили прогнозы десятилетней давности. Если в начале 1980-х во всем мире насчитывалось около 100 тыс. ВИЧ-инфицированных лиц, то к концу 2005 г. число лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, составило 38,6 млн человек.⁶

По данным ООН, в 2008 г. число инфицированных ВИЧ в мире снизилась с 40 млн до 33 млн человек с учетом пересмотра прогноза для Индии. Однако статистика свидетельствует о стабильном уровне развития ВИЧ-инфекции и численность смертельных случаев в результате ВИЧ-инфекции сохраняется в прежней пропорции.

Достаточно показательны и география распространения ВИЧ-инфекции, а также масштабы распространения этого опасного заболевания.

Африканский континент по-прежнему является очагом заболеваемости. В странах экваториальной Африки ВИЧ-инфекцией заражены около 22,5 млн человек, за год было зарегистрировано 1,7 млн новых случаев. Эти цифры сопоставимы с результатами прошлого года. В Азии число инфицированных достигает 4,9 млн человек, причем во Вьетнаме количество зараженных по сравнению с 2000 г. удвоилось.

Таким образом, эпидемией охвачены страны, наиболее уязвимые в экономическом плане, что приводит и к проблемам в сфере развития надлежащего уровня здравоохранения, обеспеченности необходимыми материальными и финансовыми ресурсами для борьбы с инфекционными заболеваниями.

В литературе справедливо отмечается, что ВИЧ-инфекция помимо чисто медицинских аспектов имеет и социально-экономическое отражение, когда под риском заболевания находится наиболее экономически активная часть населения.⁷

Россия в этом отношении не является исключением, учитывая весьма непростую демографическую ситуацию в стране как в настоящий период, так и в ближайшей перспективе. Наряду с экономическими проблемами, которые в определенной степени обусловлены и состоянием здоровья населения, к числу глобальных вызовов все чаще относят массовые заболевания и значительные затраты государства на их преодоление.

По прогнозам Всемирного банка, стоимость антиретровирусного лечения все возрастающего количества больных ВИЧ в будущем станет непосильным грузом для бюджетов большинства стран мира.⁸

Как показывает статистика, в зоне риска заражения находятся граждане в возрасте от 10 до 69 лет. Весьма широкий возрастной диапазон объясняется наличием объективных причин, социальной позицией отдельных групп населения, качеством информированности населения об опасности заражения, уровнем медицинского обслуживания. Наконец, на решение проблемы влияют и общегосударственные интересы, обязанность правительства обеспечить различными мерами защиту граждан от заражения ВИЧ-инфекциями.

Весьма удручающей выглядит статистика по ВИЧ-инфицированным в России.

Если по данным на конец 1994 г. количество ВИЧ-инфицированных граждан Российской Федерации составило 887 человек, из которых 265 – дети, то в 2008 г. этот показатель

⁶ Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS 2006.

⁷ См.: Тюков Ю. А., Ларин А. Б. Вопросы правового положения ВИЧ-инфицированных // Медицинское право. – 2007. – № 3.

⁸ См.: Рюль К. Экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2003. – № 1.

составил 433 827 и 2830 человек соответственно. Из общей массы населения страны в 1994 г. больных СПИДом зафиксировано 420 (180 – дети), в 2008 г. – 4655 (244).

В эти же самые периоды смертность в России от ВИЧ-инфекции составила 364 (132), от СПИДа – 297 (118) человек (1994 г). На 2008 г. количество цифры умерших от ВИЧ-инфекции составили 27 341 (275) человек, от СПИДа – 3722 (168).⁹

Такие цифры настоятельно требуют скорейшего принятия мер, в том числе и на законодательном уровне.

Особой проблемой является распространение ВИЧ-инфекции среди наркозависимых лиц, употребляющих наркотические вещества внутривенно. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения ООН, в России на каждые четыре человека, больных ВИЧ/СПИДом, приходится три наркомана в возрасте 17—30 лет.

При этом самую опасную возрастную категорию представляют молодые люди в возрасте от 20 до 29 лет. Именно на их долю приходится самое большое число ВИЧ-инфицированных и лиц, которым поставлен диагноз СПИД. Так, на середину 2005 г. этой возрастной категории через внутривенное употребление наркотиков ВИЧ-инфекции приобрели 87 951 мужчина и 22 352 женщины, 194 и 41 человеку соответственно поставлен диагноз СПИД.

Внутриительны и показатели смертности среди указанной категории. Так, от ВИЧ-инфекции умерли 6766 (1314) человек, от СПИДа – 804 и 199 человек соответственно.¹⁰

При этом факторами, способствующими развитию ВИЧ-инфекции, выступают социально значимые заболевания, среди которых значительное место занимает туберкулез¹¹. В настоящее время туберкулез является основным заболеванием, обуславливающим установление «поздних» стадий ВИЧ-инфекции. С одной стороны, это связано с постоянным ростом заболеваемости туберкулезом и смертности от него у больных ВИЧ-инфекцией, с другой – недостаточной диагностикой других вторичных заболеваний (церебральный токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония и др.).

Однако социальная значимость такого массового заболевания на государственном уровне была воспринята гораздо позднее его проявления и признания таковым, а соответствующий Федеральный закон, препятствующий распространению туберкулеза в России, был принят лишь только в 2001 г.

Следует привести некоторые цифры, показывающие современную картину проявления и последствий туберкулеза.

В 2004 г. туберкулез был впервые диагностирован у 382 больных ВИЧ-инфекцией, в 2005 г. – у 535 и в 2006 г. – у 681 пациента. Выявлено неуклонное нарастание заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией: на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией она составила в 2004 г. – 923,6, в 2005 г. – 1162,7 и в 2006 г. – 1341,4.

Не менее чем в 50% случаев летальные исходы у больных ВИЧ-инфекцией на «поздних» стадиях заболевания (стадии 4Б, 4В и 5 в соответствии с Российской клинической классификацией; стадия СПИДа по критериям Всемирной организации здравоохранения – ВОЗ) были обусловлены туберкулезом.

При этом выявлено увеличение смертности больных ВИЧ-инфекцией от туберкулеза: 2004 г. – 139,9 на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией, 2005 г. – 280,3, а 2006 г. – 297,4 случая.

Наивысшие показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией были зарегистрированы в Калининградской, Тульской и Ульяновской областях. Так, в 2006 г. заболеваемость туберкулезом в этих областях колебалась в пределах 2436—2752 случаев, а смертность – 332—628 случаев на 100 тыс. больных ВИЧ-инфекцией.

⁹ <http://www.hivrussia.ru/stat/2007.shtml>

¹⁰ <http://www.hivpolicy.ru/statistic/national/?type=agesex>

¹¹ Туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Под угрозой находятся и процессы воспроизводства, и их социальные последствия, когда репродуктивная часть населения уже подвергнута заражению.

Число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин в РФ, составляет более 13 тыс., число отказных детей составляет около 800 за последние четыре года.

Такая ситуация тянет за собой целый шлейф иных проблем, связанных в первую очередь с «омоложением» возрастной планки ВИЧ-инфицированных и трудностями их дальнейшей социальной адаптации.

Эта проблема не обошла вниманием законодателя, и на уровне исполнительных органов власти проведена весьма активная работа по обеспечению безопасности материнства и детства. Так, профильными органами исполнительной власти принят ряд нормативных актов, предусматривающих также вопросы беременности и родов. К их числу можно отнести: приказы Минздрава России от 28 декабря 1993 г. № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности», Минздравмедпрома России от 16 августа 1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», Минздравмедпрома России от 30 сентября 1995 г. № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ», Минздрава России от 26 ноября 1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», Минздрава России от 24 ноября 1998 г. № 338 «О внесении изменений и дополнений в Минздрава России от 26 ноября 1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», Минздрава России от 19 апреля 1999 г. № 133 «О научно-практическом центре профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей», Минздрава России от 10 февраля 2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», Минздрава России от 9 июня 2003 г. № 235 «О создании Координационного Совета Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку», Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями», Минздрава России от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и образца информированного согласия на проведение химпрофилактики ВИЧ», Минздрава России от 19 января 2004 г. № 9 «Об утверждении временной учетной формы № 313/у «Извещение о случае завершения беременности ВИЧ-инфицированной женщины» и др. Ряд перечисленных выше документов утратил силу и в настоящий момент не применяется, однако ими заложена весомая основа в развитии гарантий в предупреждении распространения социально значимых заболеваний у женщин и детей.

Отражением стремления России объявить проблему ВИЧ/СПИДа в числе приоритетов государственной политики является создание в 2006 г. правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Однако комиссия получила лишь координационные функции, остался без внимания целый пласт проблем, начиная от социализации детей, от которых отказались матери, до разбора жалоб на нарушение прав ВИЧ-инфицированных.

Не случайно в литературе отмечается потребность создания официального органа власти для решения проблем в этой сфере, в том числе обучения по проблемам СПИДа для медиков и персонала детдомов, а также снятия ограничения по месту регистрации, которые лишают многих женщин антиретровирусной терапии.¹²

¹² См.: Мищенко Т. П., Нарсия Р. С. Дети-сироты с ВИЧ-инфекцией в России. 2006 // <http://www.hivrussia.ru/>

Паритет частных и общественных интересов является проблемой многих областей общественной жизни, а достижение его в законодательстве представляет еще большую трудность. Законодательство в области ВИЧ/СПИДа должно в равной степени учитывать как общественные интересы, так и интересы граждан.

Тем не менее, практическая сторона вопроса далека от совершенства, а в большинстве случаев связана с конфликтом интересов. Например, применение ограничительных мер (для эффективной борьбы с эпидемиями) воспринимается как ущемление интересов личности. Хотя вряд ли эти интересы могут быть учтены за рамками общественных. Личность и общество составляют часть и целое, без разумного их взаимодействия существование обоих вряд ли возможно.

Система правового регулирования ВИЧ-инфицированности представляет медико-социальное явление. Она, между тем, является отражением позиции государства и общества в решении глобальных проблем существования человечества. Эволюция законодательства в этой сфере отмечена как репрессивной практикой законодателя (при этом преследующей публичные интересы) в Советский период, так и прогрессивной позицией, воспринятой на современном этапе под влиянием передовых идей равноправия, гуманности в виде широкого перечня прав и социальных гарантий отдельным категориям граждан. Предстоит сформировать необходимую правоприменительную базу, а также адекватное общественное мнение, чтобы эти права и гарантии воплощались в жизнь.

Глава I

Общие положения

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие понятия:

ВИЧ-инфекция – хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека;

ВИЧ-инфицированные – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Комментируемая статья определяет основные необходимые понятия, используемые для целей применения настоящего Закона. Определения, предлагаемые Законом, раскрывают понятийный аппарат и способствуют более четкому восприятию смысла и содержания норм Закона.

1. ВИЧ-инфекция определяется как вирус иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция – длительно текущая инфекционная болезнь, развивающаяся в результате инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Важной особенностью ВИЧ является способность поражать и вызывать гибель некоторых клеток иммунной системы, в результате чего развивается и медленно прогрессирует иммунодефицитное состояние (откуда и название заболевания). Для уяснения содержания ВИЧ, которое стало в один ряд с инфекционными заболеваниями, следует определиться с понятием инфекции.

Инфекция – от латинских слов: *infectio* – загрязнение, заражение и *infectio* – загрязняю – представляет собой широкое общебиологическое понятие, характеризующее проникновение патогенного возбудителя (вирус, бактерия и др.) в другой более высокоорганизованный растительный или животный организм и последующее их антагонистическое взаимоотношение. Возникновение болезни сопровождается инфекционным процессом. Инфекционный процесс – это ограниченное во времени сложное взаимодействие биологических систем микро– (возбудитель) и макроорганизма, протекающее в определенных условиях внешней среды, проявляющееся на субмолекулярном, субклеточном, клеточном, тканевом, органном и организменном уровнях и закономерно заканчивающееся либо гибелью макроорганизма, либо его полным освобождением от возбудителя.

Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является хронической вирусной инфекцией, возбудитель которой передается от человека к человеку половым путем, при парентеральном введении инфицированных материалов (переливаний инфицированной крови и пересадке донорских органов и тканей, использовании загрязненного инструментария при медицинских и немедицинских манипуляциях, внутривенном введении наркотических средств), вертикальным путем от матери к плоду во время беременности и родов, к ребенку при грудном вскармливании. Восприимчивость к ВИЧ-инфекции всеобщая.

ВИЧ относится к числу заболеваний, поэтому его течение имеет определенные стадии. Развитие ВИЧ-инфекции определяется общими этапами развития заболевания:

- 1) инкубационный период (от момента заражения до начала заболевания);
- 2) начальный период характеризуется большим количеством разнообразных признаков, которые в совокупности составляют клинический или клинико-лабораторный симптомокомплекс, позволяющий установить предварительный или окончательный диагноз болезни;

3) период разгара характеризуется типичными для данной болезни симптомами, достигающими своей максимальной выраженности и определяющими все ее своеобразие;

4) периоду выздоровления свойственны угасание клинических проявлений болезни и постепенное восстановление нарушенных функций организма. В этом периоде при некоторых инфекционных заболеваниях возможны рецидивы (возврат болезни).

Следует учесть, что многие инфекционные заболевания представляют большую эпидемическую опасность и характеризуются высокой летальностью.

1981 г. ознаменовался описанием синдрома приобретенного острого иммунодефицита – СПИД, чумы XX в. Под термином СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) подразумеваются некоторые тяжелые оппортунистические заболевания (инфекционной, паразитарной или онкологической природы), развивающиеся у больных ВИЧ-инфекцией.

Приказ Минздравсоцразвития России от 17 марта 2006 г. № 166¹³ содержит перечень состояний, свидетельствующих о развитии у пациента синдрома приобретенного иммунодефицита. К ним отнесены:

Бактериальные инфекции (множественные или возвратные) у ребенка в возрасте до 13 лет.

2. Кандидоз пищевода.
3. Кандидоз трахеи, бронхов или легких.
4. Рак шейки матки (инвазивный).
5. Кокцидиомикоз (диссеминированный или внелегочный).
6. Внелегочный криптококкоз.
7. Криптоспоридиоз кишечника с диареей > 1 месяца.
8. Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов) у пациента в возрасте старше одного месяца.
9. Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения.
10. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ.
11. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более 1 мес., или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца.
12. Гистоплазмоз диссеминированный или внелегочный.
13. Изоспороз кишечника (с диареей длительностью более 1 мес.).
14. Саркома Капоши.
15. Интерстициальная лимфоидная пневмония у ребенка в возрасте до 13 лет.
16. Лимфома Беркитта.
17. Иммунобластная лимфома.
18. Лимфома мозга первичная.
19. Микобактериозы, вызванные *M.kansasii*, *M. avium-intracellulare*, диссеминированные или внелегочные.
20. Туберкулез легких у взрослого или подростка старше 13 лет.
21. Туберкулез внелегочный.
22. Другие недифференцированные диссеминированные или внелегочные микобактериозы.
23. Пневмоцистная пневмония.
24. Пневмонии возвратные (две и более в течение 12 месяцев).
25. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
26. Сальмонеллезные (нетифоидные) септицемии возвратные.
27. Токсоплазмоз мозга у пациента в возрасте старше 1 месяца.

¹³ Официально не опубликовано.

28. Синдром истощения, обусловленный ВИЧ.

При разделении течения ВИЧ на стадии была установлена длительная бессимптомная или малосимптомная стадия болезни, наиболее опасная в эпидемиологическом плане, в связи с чем был введен впервые в мире и в России термин – ВИЧ-инфекция. Латентность заболевания, проявляющаяся в длительном периоде развития, характеризует его как хроническое. Поэтому выявление закономерности развития болезни послужило основанием для внесения Федеральным законом от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ¹⁴ изменений в понятие ВИЧ-инфекции, признав его хроническим заболеванием.

ВИЧ-инфекция является единственным неизлечимым инфекционным заболеванием с неизбежным смертельным исходом, распространение которого приняло пандемический характер. Общее число людей, живших с ВИЧ в странах мира на конец 2006 г., составило 39,5 млн человек, по данным ЮНЭЙДС.¹⁵

В настоящее время не существует методов лечения, позволяющих полностью излечить больного ВИЧ-инфекцией. Однако имеется возможность остановить размножение вируса в организме и тем самым не только остановить прогрессирование заболевания, но и добиться восстановления иммунной системы, улучшения качества жизни у большинства больных с уже выраженной клинической картиной и восстановления трудоспособности.

Достоверные случаи излечения от ВИЧ-инфекции в мире не зарегистрированы, вместе с тем современные методы лечения позволяют существенно продлить жизнь пациента и улучшить качество жизни. До настоящего времени не разработаны ни профилактическая, ни лечебная вакцины, доказавшие свою эффективность.

2. Пункт 2 комментируемой статьи дает определение понятию ВИЧ– инфицированных. Это лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека. Во-первых, зараженными могут быть физические лица – это граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства.

ВИЧ-инфицированный (человек) – это человек, зараженный ВИЧ, независимо от стадии ВИЧ-инфекции. При этом существуют определенные типы людей, определяющие отношение к инфекции:

- 1) человек – ВИЧ-позитивный (предпочтительной формой является ВИЧ «позитивный» человек). Это человек, имеющий «положительную» реакцию на ВИЧ, в крови которого обнаруживаются антитела к ВИЧ или другие маркеры ВИЧ-инфекции;
- 2) человек – ВИЧ-серопозитивный (человек, у которого обнаружены антитела к ВИЧ);
- 3) человек – позитивный к ВИЧ;
- 4) человек – зараженный ВИЧ;
- 5) человек – носитель ВИЧ;
- 6) человек – живущий с ВИЧ (нейтральная, предпочтительная форма).

Можно выделить механизмы и пути передачи инфекции (заражения):

1) фекально-оральный – механизм проникновения возбудителя из кишечника больного (через грязную почву, невымытые руки, воду и продукты питания) через рот в организм другого человека;

2) парентеральный – механизм передачи инфекции, когда она внедряется в организм, минуя желудочно-кишечный тракт, т. е. через кровь (в том числе при многократном использовании шприца);

3) аэрогенный – передача возбудителя может осуществляться путем вдыхания возбудителя;

¹⁴ СЗ РФ. – 2007. – № 43. – Ст. 5084.

¹⁵ ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006. UNAIDS/06.29R, AIDS epidemic update: December. – 2006; ЮНАЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ / СПИДУ.

4) контактный – передача возбудителя осуществляется при попадании возбудителя на кожу или слизистые (как правило, с микротравмами).

Наибольший риск заражения ВИЧ возникает при контактах поврежденных кожных покровов с инфицированной ВИЧ кровью. При переливании инфицированной ВИЧ крови, компонентов крови и пересадке органов и тканей существует практически 100%-ная вероятность заражения ВИЧ. Передача ВИЧ-инфекции при донорстве в мире зарегистрирована при переливании крови и ее компонентов, при трансплантации органов, использовании донорской спермы и грудного молока.

Другой вариант передачи ВИЧ-инфекции искусственным путем – заражение при употреблении наркотиков нестерильным инструментарием – высоко распространен в мире, данные о вероятности заражения ВИЧ таким образом серьезно отличаются – от менее 1 до 70%. Это связано с наличием различных рискованных в плане заражения ВИЧ практик употребления наркотиков, например использования общих игл, шприцев или емкостей для употребления наркотиков.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции

1. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

3. Если международными договорами Российской Федерации установлены иные, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, правила, то применяются правила международных договоров.

1. Источником развития законодательства в сфере предупреждения заболеваний, вызываемых вирусом иммунодефицита человека, является Конституция РФ 1993 г.¹⁶, которая провозглашает Российскую Федерацию социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ст. 7). Эта общая установка находит свое проявление и в других нормах Конституции, касающихся отдельных прав и свобод человека и гражданина. Безусловно, что достойная жизнь и развитие человека неразрывно связаны с рядом естественных благ, одним из которых является здоровье. Без обеспечения права граждан на здоровье не могут быть реализованы многие другие права и свободы (например, право на труд и т. п.). Право на здоровье относится к категории социальных прав и поэтому может быть реализовано в совокупности с иными конституционными положениями, развивающими социальную сферу. Прежде всего необходимо обратить внимание на развивающие указанные выше положения ст. 7 Конституции РФ, определяющие охрану здоровья людей в Российской Федерации. Такое общее понятие подразумевает целый комплекс мер, способствующих реализации данного права и первоначально раскрывается по ходу содержания статей гл. 2 Конституции РФ о правах и свободах человека и гражданина. Во-первых, право каждого на охрану здоровья реализуется в контексте оказания медицинской помощи гражданам, которая может оказываться как бесплатно, так и на платной основе. Во-вторых, это право также находит реализацию в рамках принятия федеральных целевых программ по укреплению здоровья населения (п. 1 и 2 ст. 41 Конституции РФ).

Необходимо учесть, что в большей степени государственные гарантии охраны здоровья граждан послужили основой для формирования базовых документов в этой сфере, а также определяют вектор дальнейших поступательных шагов в развитии правового регулирования в области ВИЧ/СПИДа. Государство заинтересовано в здоровом и полноценном во всех отношениях населении. Интересы государства должны соотноситься с адекватными инструментами достижения поставленных целей. Поэтому государственное регулирование показывает здесь приоритеты публичных интересов над частными и, следовательно, прева-лирование административно-правовых норм над гражданско-правовыми. Число последних весьма незначительно, что является естественным отражением построения правовой модели законодательства об охране здоровья.

¹⁶ Российская газета. – 2009. – № 7. – 21 января.

Вполне логичным продолжением такой законотворческой практики является и Закон о предупреждении ВИЧ. В положениях Закона органично вплетены нормы об охране здоровья, нормы, составляющие ресурс административного права, а также законодательства о социальном обеспечении. Причем эта схема расположения нормативного материала, регулирующего целый комплекс общественных отношений, весьма типична для законодательства в сфере здравоохранения. В числе примеров можно привести уже упомянутый Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», а также целый ряд иных законов: Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹⁷, Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах»¹⁸, Федеральный закон от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения»¹⁹ и т. п.

Между тем Закон о предупреждении ВИЧ-инфекции выступает своего рода базовым документом, определяющим нормы других правовых актов в части ВИЧ-инфекции, и прежде всего прав и свобод ВИЧ-инфицированных, их адаптацию под требования Закона и Конституции РФ. В настоящий период действует более 10 актов федерального уровня, нормы которых так или иначе затрагивают область регулирования ВИЧ-инфекции, а также права граждан, подвергшихся вирусу иммунодефицита. Они, безусловно, составляют законодательство о предупреждении ВИЧ. К числу основных таких актов можно, в частности отнести: Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ²⁰, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ²¹, Трудовой Кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ²², Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ²³, Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ²⁴, Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»²⁵, Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию»²⁶, Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»²⁷. Это далеко не полный перечень правовых актов, которые регулируют соответствующую сферу.

Важное значение имеет установленная законом сфера разграничения предметов ведения Российской Федерации и ее субъектов. Прежде всего это выражается в определении компетенции нормотворчества в области предупреждения ВИЧ-инфекции, отражающих совместное ведение федерального центра и регионов в указанных вопросах.

Согласно подп. «ж» п. 1 ст. 72 Конституции РФ координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов, что позволяет последним осуществлять правотворчество в данной сфере.

Следует учесть, что в настоящее время в Российской Федерации действует значительное число актов, регулирующих сферу ВИЧ-инфекции, часть которых посвящена комплекс-

¹⁷ Ведомости СНД и ВС РФ. – 1992. – № 33. – Ст. 1913.

¹⁸ СЗ РФ. – 1998. – № 26. – Ст. 3006.

¹⁹ СЗ РФ. – 1996. – № 3. – Ст. 141.

²⁰ Там же. – № 25. – Ст. 2954.

²¹ СЗ РФ. – 2002. – № 1 (ч. 1). – Ст. 1.

²² Там же. – Ст. 3.

²³ СЗ РФ. – 1997. – № 2. – Ст. 198.

²⁴ СЗ РФ. – 1996. – № 1. – Ст. 16.

²⁵ СЗ РФ. – 2002. – № 30. – Ст. 3032.

²⁶ СЗ РФ. – 2007. – № 1 (ч. 1). – Ст. 18.

²⁷ СЗ РФ. – 1995. – № 29. – Ст. 2759.

ным вопросам профилактики, предупреждения и лечения ВИЧ-инфекции. В основном это акты федерального ведомственного уровня. При этом значительную долю актов в этой сфере составляют акты субъектов РФ, развивающие положения федерального законодательства в части своей компетенции.

Законодательство о предупреждении ВИЧ-инфекции, являясь составной частью законодательства о здравоохранении, в качестве иных актов, регулирующих ВИЧ/СПИД, предусматривает соответствующие подзаконные акты, в первую очередь постановления Правительства РФ. При этом весьма активно в регулировании мероприятий по преодолению массовых социально значимых заболеваний используется опыт целевого программирования и его использования в рамках федеральных целевых программ. Так, в свое время постановлениями Верховного Совета РФ и Правительства РФ были приняты и выполнялись федеральные целевые программы, направленные на предупреждение распространения ВИЧ в стране:

1) Федеральная целевая программа на 1993—1995 г. по предупреждению распространения заболеваний СПИДом в Российской Федерации (АнтиСПИД), утвержденная постановлением Верховного Совета от 13 июля 1993 г. № 5426-1.²⁸

В плане реализации этой программы на базе Республиканской клинической инфекционной больницы Минздрава России (г. Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора) организован ежегодный оздоровительный лагерь для ВИЧ-инфицированных детей; предусмотрено и осуществлялось ежеквартальное оказание социальной и финансовой поддержки семьям, имеющим ВИЧ-инфицированных детей;

2) федеральная целевая программа по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1996—1997 г. и на период до 2000 г. «Анти-ВИЧ/СПИД», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 1 мая 1996 г. № 540²⁹, продлена до 2001 г., являлась логическим продолжением предыдущей программы.

Государство конкретизировало гарантии в подпрограмме «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)», в федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 г.)», утвержденной постановлением Правительства РФ от 13 ноября 2001 г. № 790.³⁰

При этом деятельности федеральных властей способствовала и региональная поддержка. По состоянию на начало 2003 г. примерно 69 территорий России поддержали целесообразность федеральной целевой программы и заявили о наличии в регионах программ по профилактике ВИЧ-инфекции.

2. Как отмечалось, принцип разграничения полномочий между федеральным центром и субъектами РФ дает возможность законодательным органам субъектов принимать соответствующие нормы по обеспечению дополнительных гарантий медицинской помощи и социальной защиты ВИЧ-инфицированных лиц. При этом права лиц, живущих с ВИЧ, не могут быть ограничены региональным законодательством.

Это положение комментируемого Закона воспроизводит п. 5 ст. 76 Конституции РФ: законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут противоречить федеральным законам. При этом это условие действует, если закон субъекта принят по вопросам совместного ведения (Российской Федерации и субъекта Российской Федерации) или входит в исключительную компетенцию Российской Федерации. Исключение

²⁸ Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 32. – Ст. 1246.

²⁹ СЗ РФ. – 1996. – № 9. – Ст. 2302.

³⁰ СЗ РФ. – 2001. – № 49. – Ст. 4620.

составляет лишь только нормотворчество вне пределов ведения Российской Федерации или совместного ведения. В этом случае действует нормативный акт субъекта РФ.

В такой схеме заложены основы соподчинения нормативной базы, отражающей одновременно и систему правового регулирования: соответствие нормативных актов низкого уровня актам более высокого уровня. Такое правило позволяет распространять действие федерального законодательства на всей территории Российской Федерации, а в сфере предупреждения ВИЧ/СПИДа обеспечивать гражданам равные условия для реализации своих прав, предусмотренных Законом о предупреждении ВИЧ.

3. Закон раскрывает структуру правовой системы Российской Федерации. Пункт 3 комментируемой статьи частично воспроизводит положения п. 4 ст. 15 Конституции РФ: если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

При этом за рамками комментируемой правовой нормы отставлены общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации, являющиеся в соответствии с Конституцией РФ составной частью ее правовой системы.

В соответствии с Федеральным законом от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации»³¹

международные договоры образуют правовую основу межгосударственных отношений, содействуют поддержанию всеобщего мира и безопасности, развитию международного сотрудничества в соответствии с целями и принципами Устава Организации Объединенных Наций. Международным договорам принадлежит важная роль в защите основных прав и свобод человека, в обеспечении законных интересов государств.

Значение международного договора как источника международного права и средства развития мирного сотрудничества между нациями весьма велико и в сфере борьбы с общечеловеческими угрозами, имеющими социальное происхождение. Международные договоры оформляют общие интересы государств в области борьбы с ВИЧ/СПИДом. Российская Федерация является частью мирового сообщества, поэтому законодательство России воспринимает наднациональное право в виде общепризнанных принципов и норм международного права.

Поэтому базу для развития Российского законодательства в этой сфере создают также и указанные выше Международные руководящие принципы прав человека. Однако такие принципы служат ориентиром для национальных правовых систем. Их реализация предполагает частичную имплементацию отдельных положений норм-принципов в национальное законодательство о предупреждении ВИЧ-инфекции.

Конвенции и рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также международные договоры являются источникам российского законодательства о здравоохранении и обязательны для использования в практике национального законодательства и правоприменительной деятельности.

³¹ СЗ РФ. – 1995. – № 29. – Ст. 2757.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации, на находящихся на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе постоянно проживающих в Российской Федерации, а также применяется в отношении предприятий, учреждений и организаций, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, независимо от их организационно-правовой формы.

Комментируемая статья определяет сферу действия настоящего Закона. В круг лиц, на которые распространяются его положения, включаются: 1) граждане Российской Федерации; 2) иностранные граждане, находящиеся на территории Российской Федерации; 3) лица без гражданства, в том числе постоянно проживающие в Российской Федерации; 4) предприятия, учреждения и организации, зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации.

В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 31 мая 2002 г. № 62-ФЗ «О гражданстве Российской Федерации»³² гражданами РФ являются лица, имеющие гражданство РФ на день вступления в силу закона о гражданстве, т. е. с 1 июля 2002 г. Согласно изложенному правилу к гражданам относятся все лица, которые являлись гражданами РФ по Закону РФ «О гражданстве РФ» 1991 г.³³

Наличие гражданства РФ, может быть удостоверено: паспортом гражданина РФ; дипломатическим паспортом; служебным паспортом; паспортом моряка (удостоверением личности моряка); паспортом гражданина СССР образца 1974 г. с указанием гражданства РФ либо с вкладышем, свидетельствующим о наличии гражданства РФ, либо со штампом прописки по месту жительства, подтверждающим постоянное проживание на территории РФ на 6 февраля 1992 г.; удостоверением личности (военным билетом) военнослужащего с вкладышем, свидетельствующим о наличии гражданства РФ; свидетельством о рождении с вкладышем, подтверждающим наличие гражданства РФ.³⁴

Согласно ст. 3 Федерального закона «О гражданстве Российской Федерации» иностранный гражданин – лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее гражданство (подданство) иностранного государства; лицо без гражданства – лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательства наличия гражданства иностранного государства.

При наличии у лица нескольких гражданств привязка к закону страны гражданства понимается в российском праве как привязка к российскому законодательству, если одно из гражданств – российское. Если же оба гражданства – иностранные, применяется законодательство того из государств гражданства, которое выберет данное лицо.

Исходя из принципа национального благоприятствования для иностранных граждан по общему правилу установлен правовой режим, аналогичный режиму для граждан Российской Федерации.

³² СЗ РФ. – 2002. – № 22. – Ст. 2031.

³³ Ведомости СНД и ВС РФ. – 1992. – № 6. – Ст. 243.

³⁴ См.: ст. 45 Положения о порядке рассмотрения вопросов гражданства РФ (утв. Указом Президента РФ от 14 ноября 2002 г. № 1325) // СЗ РФ. – 2002. – № 46. – Ст. 4571.

Изложенное выше определяет распространение норм законодательства о предупреждении ВИЧ-инфекции на иностранных граждан и лиц без гражданства.

Российское законодательство использует расширительное толкование понятие «иностранец» и в соответствии с п. 2 ст. 2 Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»³⁵ включает в него также и лиц без гражданства. Тем самым нормы законодательства о статусе иностранных граждан по умолчанию применяются также к лицам, не имеющим возможности подтвердить гражданство какого-либо государства (лицам без гражданства).

Территория Российской Федерации включает территории ее субъектов, внутренние воды и территориальное море, воздушное пространство над ними (п. 1 ст. 67 Конституции РФ).

Под нахождением иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Российской Федерации закон понимает не только временное их пребывание, но и постоянное или временное проживание на данной территории.

Согласно Федеральному закону «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» временно пребывающий в Российской Федерации иностранец – лицо, прибывшее в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившее миграционную карту, но не имеющее вида на жительство или разрешения на временное проживание.

Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию»³⁶ под визой понимает выданное уполномоченным государственным органом разрешение на въезд в Российскую Федерацию и транзитный проезд через территорию Российской Федерации по действительному документу, удостоверяющему личность иностранного гражданина или лица без гражданства и признаваемому Российской Федерацией в этом качестве.

При этом визы могут быть предоставлены по различным основаниям.

Постановлением Правительства РФ от 9 июня 2003 г. № 335³⁷ утверждено Положение, которое предусматривает основания выдачи соответствующей визы в зависимости от наличия (отсутствия) у иностранного гражданина служебного паспорта.

В случае если за иностранным гражданином, не имеющим служебного паспорта, Российской Федерацией признается официальный статус, ему может быть выдана служебная виза. В случае если за иностранным гражданином, имеющим служебный паспорт, Российской Федерацией не признается официальный статус, он имеет право на выдачу обыкновенной визы (п. 25 и 26 Положения).

В зависимости от цели въезда иностранного гражданина в Российскую Федерацию и цели его пребывания в Российской Федерации обыкновенная виза имеет следующие разновидности:

- а) частная (Ч);
- б) деловая (Д);
- в) туристическая (Т), в том числе групповая (ТГ);
- г) учебная (У);
- д) рабочая (Р);
- е) гуманитарная (Г);
- ж) на въезд в Российскую Федерацию в целях получения убежища (А).

³⁵ СЗ РФ. – 2002. – № 30. – Ст. 3032.

³⁶ СЗ РФ. – 1996. – № 34. – Ст. 4029.

³⁷ СЗ РФ. – 2003. – № 24. – Ст. 2329.

Обыкновенная частная виза выдается на срок до 3 месяцев иностранным гражданам, въезжающим в Российскую Федерацию с гостевым визитом на основании приглашения на въезд в Российскую Федерацию, оформленного по ходатайству гражданина Российской Федерации или иностранного гражданина, получившего вид на жительство в Российской Федерации, либо юридического лица.

Обыкновенная деловая виза выдается иностранному гражданину, въезжающему в Российскую Федерацию с деловыми целями. Обыкновенная деловая виза может быть однократной или двукратной на срок до 3 месяцев либо многократной на срок до 1 года.

Обыкновенная туристическая виза на срок до 1 месяца выдается иностранному гражданину, въезжающему в Российскую Федерацию в качестве туриста. Обыкновенная туристическая виза может быть однократной или двукратной.

Обыкновенная туристическая групповая виза на срок до 1 месяца выдается иностранным гражданам, въезжающим в Российскую Федерацию в качестве туристов в составе организованной туристической группы (не менее 5 человек, но не более 50).

Миграционная карта – документ, содержащий сведения о въезжающих или прибывших в РФ иностранном гражданине или лице без гражданства и о сроке их временного пребывания в Российской Федерации, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства, прибывших в РФ в порядке, не требующем получения визы, на временное пребывание в РФ, а также служащий для контроля за временным пребыванием в РФ иностранного гражданина или лица без гражданства (постановление Правительства РФ от 16 августа 2004 г. № 413 «О миграционной карте»)³⁸.

Постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее вид на жительство. Вид на жительство – документ, выданный иностранному гражданину или лицу без гражданства в подтверждение их права на постоянное проживание в Российской Федерации, а также их права на свободный выезд из Российской Федерации и въезд в Российскую Федерацию. Вид на жительство, выданный лицу без гражданства, является одновременно и документом, удостоверяющим его личность.

Временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин – лицо, получившее разрешение на временное проживание. Разрешение на временное проживание – это подтверждение права иностранного гражданина или лица без гражданства временно проживать в Российской Федерации до получения вида на жительство, оформленное в виде отметки в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства, либо в виде документа установленной формы, выдаваемого в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность.

Статус иностранного гражданина (лица без гражданства) подтверждается установленными документами. Для иностранного гражданина, это, как правило, паспорт как универсальный документ, удостоверяющий личность. Документами для лиц без гражданства являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

³⁸ СЗ РФ. – 2004. – № 34. – Ст. 3553.

В сферу действия комментируемого Закона, как указывалось, попадают предприятия, учреждения и организации независимо от их организационно-правовой формы.

Организационно-правовая форма юридического лица определяется организационно-правовой структурой организации.

Организационно-правовая структура – установление вида, типа предприятия, компании, фирмы в соответствии с правовыми нормами, предусмотренными законодательством, Гражданским кодексом (государственное предприятие, акционерное общество, общество с ограниченной ответственностью, товарищество и др.)

Следует учесть, что предприятия, учреждения, и организации охватываются общим понятием «юридическое лицо».

Согласно ст. 48 Гражданского кодекса РФ³⁹ (ГК РФ) юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

В соответствии со ст. 51 ГК РФ юридическое лицо подлежит государственной регистрации в уполномоченном государственном органе в порядке, определяемом законом о государственной регистрации юридических лиц. Данные государственной регистрации включаются в Единый государственный реестр юридических лиц, открытый для всеобщего ознакомления.

Законодательством предусмотрены различные органы, осуществляющие государственную регистрацию юридических лиц, в зависимости от сферы деятельности будущей организации.

В соответствии со ст. 12 Федерального закона от 2 декабря 1990 г. № 395-1 «О банках и банковской деятельности»⁴⁰ решение о государственной регистрации кредитной организации принимается Банком России. Регистрацию некоммерческих организаций, в том числе отделений международных организаций и иностранных некоммерческих неправительственных организаций, общественных объединений, политических партий и религиозных организаций, в соответствии с Указом Президента РФ от 13 октября 2004 г. № 1313⁴¹ осуществляет Министерство юстиции РФ и его территориальные управления.

Государственную регистрацию иных юридических лиц в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30 сентября 2004 г. № 506⁴² осуществляет Федеральная налоговая служба.

Федеральным законом от 8 августа 2001 г. № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических и индивидуальных предпринимателей»⁴³ определен общий порядок регистрации организаций на территории Российской Федерации.

Юридическое лицо считается созданным со дня внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц (п. 2 ст. 51 ГК РФ). Постановлением Правительства РФ от 19 июня 2002 г. № 438⁴⁴ утверждены Правила ведения Единого государственного реестра юридических лиц и предоставления содержащихся в нем сведений.

³⁹ СЗ РФ. – 1994. – № 32. – Ст. 3301.

⁴⁰ СЗ РФ. – 1996. – № 6. – Ст. 492.

⁴¹ СЗ РФ. – 2004. – № 42. – Ст. 4108.

⁴² Там же. – № 40. – Ст. 3961.

⁴³ СЗ РФ. – 2001. – № 33 (ч. I). – Ст. 3431.

⁴⁴ СЗ РФ. – 2002. – № 26. – Ст. 2585.

Статья 4. Гарантии государства

1. Государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее – медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;

обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Комментируемая статья определяет гарантии государства в сфере предупреждения и лечения ВИЧ, а также по преодолению социальных последствий наличия этого заболевания у человека.

1. Государством гарантируется регулярное информирование населения о доступных мерах по профилактике ВИЧ-инфекции. Право на информацию является неотъемлемым правом каждого гражданина, которое гарантируется Конституцией РФ. Согласно ст. 29 Конституции РФ каждый имеет право свободно получать информацию любым законным способом. При этом органы власти обязаны обеспечить каждому возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы (ст. 24 Конституции РФ).

В 1989 г. при Минздраве РСФСР был создан Комитет по борьбе со СПИДом, имеющий функцию координации работы органов и учреждений здравоохранения по проблеме СПИДа в РСФСР. В рамках данного и последующих приказов Минздрава РСФСР к настоящему времени в России функционируют более 100 территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИД и более 1000 лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции. Выполнение информационной функции в области предупреждения ВИЧ-инфекции возложено на центры по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее – Центр СПИД, Центр).

При этом эти функции Центра СПИД составляют задачи в области (первичной) профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Информирование населения о путях распространения ВИЧ и методах предупреждения заражения ВИЧ осуществляется с использованием средств массовой информации (СМИ);

телевидения, радио, прессы, Интернета, почты;

обучения работающей части населения на рабочих местах;

обучения учащихся различных учебных заведений;

организации специальных мероприятий, включая концерты, представления и т. п.;

издания и распространения специальной обучающей литературы (листовки, буклеты),

видеопродукции, компьютерных программ (игр).

Кроме того, в задачи Центра входят сбор, анализ и распространение статистической информации, связанной с ВИЧ-инфекцией:

1) учет гендерной, территориальной и связанной с социальными факторами заболеваемости ВИЧ-инфекцией и сопутствующими инфекционными и оппортунистическими заболеваниями, а также смертности, рождаемости, фертильности и других демографических показателей у ВИЧ-позитивных лиц на территории;

2) анализ данных о динамике собранных показателей, связанных с ВИЧ-инфекцией и сочетанных с ней инфекционных и оппортунистических заболеваний;

3) регулярное информирование местной администрации, органов здравоохранения и организаций системы надзора за заболеваемостью о статистических данных по заболеваемости ВИЧ-инфекцией и оппортунистическими заболеваниями.

2. Эпидемиологический надзор является одной из основных гарантий в сфере предупреждения ВИЧ-инфекции, поскольку служит средством контроля за заболеваемостью ВИЧ. Кроме того, надзор способствует устранению выявленных нарушений, предупреждению эпидемий, способствует снижению уровня заболеваемости инфекционными болезнями, обеспечивает надлежащую санитарную обстановку на территории Российской Федерации.

В России сбор информации о ВИЧ-инфекции начал осуществляться согласно инструкции Минздрава СССР от 2 февраля 1987 г. № 04/05 и приказа Минздрава СССР от 5 сентября 1988 г. № 690.

В Российской Федерации разработана Министерством здравоохранения и продолжает функционировать около 20 лет (с 1987 г.) оригинальная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, которая характеризуется:

1) единым систематическим сбором данных о всех случаях ВИЧ-инфекции, СПИД, обследованиях на ВИЧ, об изменении клинического состояния пациентов и исходах ВИЧ-инфекции во всех регионах Российской Федерации;

2) массовым тестированием на ВИЧ и активным выявлением ВИЧ-инфицированных при обязательном и добровольном тестировании населения, учитывающем степень риска заражения;

3) обязательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая ВИЧ-инфекции (для выявления факторов риска заражения и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий).

Центры СПИД в соответствии с возложенными на эти организации функциональными обязанностями обеспечивают осуществление всего комплекса мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в регионах страны. В том числе Центры СПИД осуществляют совместно с учреждениями Роспотребнадзора эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в РФ. За время развития эпидемии в стране были созданы и продолжают работать в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции более 100 неправительственных и международных организаций.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определены как организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию. Таким образом, противоэпидемические мероприятия при ВИЧ-инфекции – это комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и административных мер, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью локализации очага и прекращения распространения инфекции в его пределах.

Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года»⁴⁵ в числе приоритетных задач предусмотрено сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИДа и туберкулеза за счет совершенствования программ профилактики и лечения этих заболеваний, а также за счет применения новых инновационных технологий лечения.

Организация и проведение эпидемиологического надзора и противоэпидемических мероприятий предусматривают совокупность взаимосвязанных и последовательных направлений:

1) сбор и анализ текущей эпидемиологической информации по ВИЧ-инфекции и сочетанным инфекционным заболеваниям;

2) организация и проведение плановых, специальных или дозорных эпидемиологических исследований по выявлению и оценке активности факторов, влияющих на интенсивность осуществления передачи ВИЧ;

3) выявление источников ВИЧ-инфекции, путей и факторов передачи ВИЧ путем организованного обследования на антитела к ВИЧ, проводимого в соответствии с регламентирующими документами;

4) консультирование выявленных ВИЧ-позитивных лиц по вопросам предупреждения распространения ВИЧ;

5) проведение эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции;

6) консультирование партнеров ВИЧ-инфицированных лиц о способах предупреждения заражения ВИЧ;

⁴⁵ СЗ РФ. – 2007. – № 42. – Ст. 5009.

7) организация противоэпидемических мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ в выявленных очагах возможной нозокомиальной передачи ВИЧ;

8) организация и проведение мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ от ВИЧ-позитивной матери ее будущему ребенку.

Центр СПИД осуществляет мониторинг за ВИЧ-инфекцией и проведение анализа эпидемической ситуации и эффективности противоэпидемических мероприятий;

В целях совершенствования эпидемиологического надзора и контроля за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, оценки результативности мероприятий по противодействию распространению эпидемии ВИЧ/СПИД, проводимых российскими государственными и негосударственными организациями, международными организациями и агентствами системы ООН на территории Российской Федерации, а также разработки предложений по повышению эффективности данной деятельности приказом Роспотребнадзора от 21 марта 2005 г. № 364⁴⁶ утверждено Положение об аналитической группе по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию ВИЧ/СПИД.

Целями деятельности группы являются:

1) разработка и внедрение единой системы мониторинга и оценки проектов и программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, осуществляемых на территории РФ;

2) осуществление мероприятий по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в РФ;

3) обеспечение сбора, анализа и распространения достоверной информации о состоянии эпидемии ВИЧ-инфекции в РФ и мерах по противодействию эпидемии, предпринимаемых государственными, общественными и международными организациями.

Основными задачами группы являются:

1) изучение и обобщение российского и международного опыта мониторинга и оценки деятельности по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции;

2) систематизация информации об эпидемической ситуации с ВИЧ-инфекцией в РФ, о предпринимаемых мерах и их эффективности;

3) информационное обеспечение и поддержка мероприятий по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции, осуществляемых государственными организациями на федеральном уровне.

Большое значение для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в России является создание Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 9 октября 2006 г. № 608. Ее деятельность требует активизации. До середины 2007 г. состоялось только одно заседание комиссии, и не была определена организация, ответственная за мониторинг и оценку в области ВИЧ-инфекции на правительственном уровне. В настоящий момент роль такой организации исполняет отдел организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Следует отметить, что в функции Центра СПИД сфере мониторинга ВИЧ входит осуществление координации основной деятельности Центра с учреждениями другого ведомственного подчинения, другими медицинскими учреждениями, общественными организациями, коммерческими организациями и частными лицами, участвующими в мероприятиях по борьбе с ВИЧ-инфекцией и последствиями ее распространения, а также участие в разработке федеральных, окружных и территориальных программ по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией.

⁴⁶ Официально не опубликовано.

3. В числе гарантий государства в сфере предупреждения ВИЧ названы производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях.

Эффективность профилактических и лечебных медицинских препаратов напрямую определяет уровень заболеваемости вирусными инфекциями. Без целенаправленных шагов государства в этой сфере преодоление ВИЧ-инфекции и ее последствий невозможны. Подтверждением приоритетов государства по обеспечению населения и медицинских учреждений необходимыми препаратами по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции является постановление Правительства РФ от 29 января 2007 г. № 54⁴⁷, которым утверждена федеральная целевая программа «Национальная технологическая база» на 2007—2011 годы». Программой, в частности, предусмотрена разработка биотехнологий получения принципиально новых медицинских препаратов на основе низкомолекулярных биорегуляторов для профилактики и лечения вирусных и бактериальных инфекций человека.

Контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях, служит средством предупреждения распространения ВИЧ-инфекции среди лиц, занятых на работах с непосредственным контактом с ВИЧ-инфицированными, а также лиц, осуществляющих научные исследования (сотрудников лабораторий, кафедр учебных заведений и т. п.).

4. Доступность медицинского освидетельствования в качестве гарантии направлена на выявление случаев заражения ВИЧ в рамках предупреждения распространения инфекции.

Обеспечение указанной гарантии возлагается, в частности, на специально создаваемые органы с соответствующей компетенцией.

В числе задач Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека определены организация межведомственных мероприятий, направленных на обеспечение доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции. В задачи комиссии помимо прочих входит подготовка предложений по вопросам совершенствования законодательства в области обеспечения доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, а также медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

Кроме того, на решение вопросов, связанных с обеспечением гарантий проведения медицинского освидетельствования направлено постановление Правительства РФ от 19 марта 2001 г. № 201⁴⁸, в соответствии с которым суммы, потраченные гражданами на иммунобиологические препараты (для диагностики и профилактики инфекционных болезней в соответствии с эпидемиологической обстановкой в субъектах Российской Федерации) и тест системы для диагностики СПИДа, учитываются при определении суммы социального налогового вычета.

5. Гарантия на предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам РФ является продолжением их конституционного права на охрану здоровья (ст. 7) и медицинскую помощь (ст. 41). Гарантируется бесплатность медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Кроме того, в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения.

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным предоставляется в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которая принимается ежегодно.

⁴⁷ СЗ РФ. – 2007. – № 7. – Ст. 883.

⁴⁸ СЗ РФ. – 2001. – № 13. – Ст. 1256.

Следует учесть, что разработка и принятие соответствующих программ предусмотрены п. 16 ст. 5 Основ законодательства об охране здоровья граждан и находятся в сфере полномочий федеральных органов государственной власти.

Программа является элементом минимального набора медицинских услуг, на которые вправе рассчитывать каждый гражданин. Так, постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. № 913 утверждена Программа государственных гарантий медицинской помощи на 2009 г. Программа определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает условия оказания, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории РФ бесплатно.

В соответствии со своим статусом ВИЧ-инфицированные имеют право гарантии в сфере обеспечения необходимого уровня жизни. На основании постановления Правительства РФ от 17 сентября 2007 г. № 610⁴⁹ указанным категориям граждан может оказываться паллиативная помощь.

Под паллиативной помощью понимается комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, включающий медицинскую, социальную и психологическую поддержку больного и членов его семьи.

Паллиативная помощь оказывается больным ВИЧ-инфекцией, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

Основные задачи медицинских учреждений при оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией:

1) проведение терапии для купирования или смягчения симптомов заболевания, а также клинически выраженных побочных эффектов назначаемых лекарственных средств, включая антиретровирусные препараты;

2) оказание медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией и членам их семей;

3) оказание медико-психологической помощи больным ВИЧ-инфекцией на стадии прогрессирования заболевания;

4) обеспечение ухода за больными ВИЧ-инфекцией, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена;

5) медико-психологическая помощь медицинским и социальным работникам, волонтерам, оказывающим паллиативную помощь больным ВИЧ-инфекцией.

Паллиативная помощь больным ВИЧ-инфекцией может осуществляться:

1) отделением медико-социальной реабилитации и правовой помощи, клиничко-диагностическое отделение территориального Центра СПИД;

2) кабинетом инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений;

3) палатами паллиативной помощи в отделениях инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больниц;

4) отделением паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы;

5) наркологическим реабилитационным центром;

6) центром общей врачебной (семейной) практики;

7) медико-социальным отделением центров и комплексных центров социального обслуживания;

8) хосписом;

⁴⁹ Российская газета. – 2007. – № 241. – 27 октября.

9) больницей сестринского ухода;

10) учреждениями здравоохранения, обеспечивающими лечение хронического болевого синдрома и паллиативную помощь больным с наличием морфологически подтвержденного диагноза распространенной формы злокачественного новообразования.

При организации паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией Центр СПИД осуществляет:

разработку и реализацию системы оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией субъекта Российской Федерации;

обучение методам паллиативной помощи и их внедрение в практику работы медицинского и немедицинского персонала медицинских учреждений, центров и комплексных центров социального обслуживания, осуществляющих лечение, реабилитационную помощь и социальную защиту больных ВИЧ-инфекцией;

привлечение и координацию деятельности некоммерческих общественных организаций при оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией;

разработку стратегии реабилитации лиц, оказывающих паллиативную помощь больным ВИЧ-инфекцией.

Для оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией рекомендуется привлекать следующих специалистов:

врач-инфекционист (либо врач-терапевт);

врач-психотерапевт и/или медицинский психолог;

врач-психиатр-нарколог;

менеджер по управлению медицинским персоналом;

специалист по социальной работе;

медицинская сестра (патронажная);

социальный работник.

В оказании паллиативной помощи могут принимать участие и другие медицинские специалисты, а также сотрудники некоммерческих организаций, консультанты из числа людей, больных ВИЧ-инфекцией, волонтеры (в том числе сестры милосердия).

Приказом Минздравсоцразвития России от 9 июля 2007 г. № 474⁵⁰ утвержден стандарт медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

В частности, вне зависимости от осложнений на любой фазе заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях лицу, которое заболело болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека, предоставляются необходимые диагностика и лечение.

К диагностическим мероприятиям отнесены:

1) сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании;

2) визуальное исследование при инфекционном заболевании;

3) пальпация при инфекционном заболевании;

4) перкуссия при инфекционном заболевании;

5) аускультация при инфекционном заболевании;

6) определение дермографизма;

7) исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга;

8) исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферийной нервной системы;

9) сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии;

10) измерение массы тела;

⁵⁰ Здравоохранение. – 2007. – № 11.

- 11) измерение роста;
- 12) измерение объема лимфоузлов;
- 13) осмотр полости рта с использованием дополнительных инструментов;
- 14) осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал;
- 15) измерение частоты дыхания;
- 16) измерение частоты сердцебиения;
- 17) исследование пульса;
- 18) измерение артериального давления при периферических артериях;
- 19) осмотр шейки матки в зеркалах;
- 20) осмотр органа слуха (отоскопия);
- 21) офтальмоскопия;
- 22) термометрия общая;
- 23) осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия);
- 24) ларингоскопия;
- 25) фарингоскопия;
- 26) кольпоскопия;
- 27) исследование слуха с помощью камертона;
- 28) вестибулометрия;
- 29) тональная аудиометрия;
- 30) ультразвуковое исследование селезенки;
- 31) ультразвуковое исследование лимфатических узлов;
- 32) ультразвуковое исследование печени;
- 33) ультразвуковое исследование желчного пузыря;
- 34) ультразвуковое исследование поджелудочной железы;
- 35) ультразвуковое исследование матки и придатков;
- 36) ультразвуковое исследование почек;
- 37) регистрация электрокардиограммы;
- 38) расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований;
- 39) рентгенография легких;
- 40) исследование уровня эритроцитов в крови;
- 41) исследование уровня лейкоцитов в крови;
- 42) исследование уровня тромбоцитов в крови;
- 43) соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови);
- 44) просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов;
- 45) исследование уровня ретикулоцитов в крови;
- 46) исследование уровня общего гемоглобина в крови;
- 47) исследование общего белка в крови;
- 48) исследование уровня альбумина в крови;
- 49) исследование уровня креатинина в крови;
- 50) исследование уровня общего билирубина в крови;
- 51) исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови;
- 52) исследование уровня глюкозы в крови;
- 53) исследование уровня холестерина в крови;
- 54) исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови;
- 55) исследование уровня аспартаттрансаминазы в крови;
- 56) исследование уровня аланинтрансаминазы в крови;

- 57) исследование уровня липазы в сыворотке крови;
- 58) микроскопическое исследование осадка мочи;
- 59) определение белка в моче;
- 60) определение концентрации водородных ионов в моче (рН мочи);
- 61) определение объема мочи;
- 62) взятие крови из пальца;
- 63) взятие крови из периферийной вены;
- 64) получение цервикального мазка;
- 65) исследование скорости оседания эритроцитов;
- 66) определение основных групп крови (А, В, О);
- 67) определение резус-принадлежности;
- 68) исследование CD4 лимфоцитов;
- 69) исследование CD8 лимфоцитов;
- 70) определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV-1;
- 71) определение антигена HBsAg Hepatitis B virus;
- 72) определение антитела класса М, G (IgM, IgG) к HBsAg Hepatitis B virus;
- 73) определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus;
- 74) определение антител к Treponema pallidum;
- 75) определение anti-Toxoplasma gondii IgG;
- 76) молекулярно-биологическое исследование плазмы крови на концентрацию РНК Human immunodeficiency virus HIV-1 (ВИЧ-1);
- 77) беседа с родственниками и половыми партнерами больного ВИЧ-инфекцией.
К лечебным мероприятиям отнесены:
 - 1) сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании;
 - 2) визуальное исследование при инфекционном заболевании;
 - 3) пальпация при инфекционном заболевании;
 - 4) перкуссия при инфекционном заболевании;
 - 5) аускультация при инфекционном заболевании;
 - 6) определение дермографизма;
 - 7) исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга;
 - 8) исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы;
 - 9) сбор жалоб и анамнеза (объективный и субъективный) в психиатрии;
 - 10) измерение массы тела;
 - 11) измерение роста;
 - 12) измерение объема лимфоузлов;
 - 13) профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта;
 - 14) осмотр полости рта с использованием дополнительных инструментов;
 - 15) осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал;
 - 16) измерение частоты дыхания;
 - 17) измерение частоты сердцебиения;
 - 18) исследование пульса;
 - 19) измерение артериального давления при периферических артериях;
 - 20) осмотр шейки матки в зеркалах;
 - 21) осмотр органа слуха (отоскопия);
 - 22) офтальмоскопия;

- 23) термометрия общая;
- 24) осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия);
- 25) ларингоскопия;
- 26) фарингоскопия;
- 27) эзофагогастродуоденоскопия;
- 28) кольпоскопия;
- 29) ректороманоскопия;
- 30) исследование слуха с помощью камертона;
- 31) вестибулометрия;
- 32) ультразвуковое исследование селезенки;
- 33) ультразвуковое исследование лимфоузлов;
- 34) ультразвуковое исследование печени;
- 35) ультразвуковое исследование желчного пузыря;
- 36) ультразвуковое исследование поджелудочной железы;
- 37) ультразвуковое исследование матки и придатков;
- 38) ультразвуковое исследование почек;
- 39) ультразвуковое исследование головного мозга;
- 40) биопсия кожи;
- 41) просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов;
- 42) определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме;
- 43) исследование уровня фибриногена в крови;
- 44) пункция лимфатического узла;
- 45) цитологическое исследование пунктатов лимфоузлов;
- 46) регистрация электрокардиограммы;
- 47) расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований;
- 48) морфологическое исследование препарата тканей шейки матки;
- 49) электроэнцефалография;
- 50) магнитно-резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга;
- 51) компьютерная томография головы;
- 52) компьютерная томография органов грудной полости;
- 53) компьютерная томография органов брюшной полости;
- 54) компьютерная томография органов малого таза у женщин;
- 55) компьютерная томография органов малого таза у мужчин;
- 56) рентгенография легких;
- 57) исследование уровня эритроцитов в крови;
- 58) исследование уровня лейкоцитов в крови;
- 59) исследование уровня тромбоцитов в крови;
- 60) соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови);
- 61) исследование уровня ретикулоцитов в крови;
- 62) исследование уровня общего гемоглобина в крови;
- 63) иикроскопическое исследование осадка мочи;
- 64) определение белка в моче;
- 65) определение концентрации водородных ионов в моче (рН мочи);
- 66) определение объема мочи;
- 67) определение удельного веса (относительной плотности) мочи;

- 68) исследование уровня общего белка в крови;
- 69) исследование уровня альбумина в крови;
- 70) исследование уровня креатинина в крови;
- 71) исследование уровня общего билирубина в крови;
- 72) исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови;
- 73) исследование уровня глюкозы в крови;
- 74) исследование уровня триглицеридов в крови;
- 75) исследование уровня холестерина в крови;
- 76) исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови;
- 77) исследование уровня липопротеидов низкой плотности;
- 78) исследование уровня натрия в крови;
- 79) исследование уровня калия в крови;
- 80) исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови;
- 81) исследование уровня аспартаттрансаминазы в крови;
- 82) исследование уровня креатинкиназы в крови;
- 83) исследование уровня щелочной фосфатазы в крови;
- 84) исследование уровня гаммаглутамилтрансферазы;
- 85) исследование уровня липазы в сыворотке крови;
- 86) исследование уровня молочной кислоты в крови;
- 87) исследование кала на гельминты;
- 88) исследование кала на простейшие;
- 89) подкожное введение лекарственных средств и растворов;
- 90) внутрикожное введение лекарственных средств;
- 91) внутримышечное введение лекарственных средств;
- 92) взятие крови из пальца;
- 93) катетеризация кубитальной и других периферических вен;
- 94) внутривенное введение лекарственных средств;
- 95) взятие крови из периферической вены;
- 96) ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода;
- 97) получение цервикального мазка;
- 98) получение влажалищного мазка;
- 99) исследование скорости оседания эритроцитов;
- 100) определение основных групп крови (А, В, О);
- 101) определение резус-принадлежности;
- 102) психологическая адаптация;
- 103) электросон;
- 104) удаление контагиозных моллюсков;
- 105) лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы;
- 106) назначение лекарственной терапии при неутонченных заболеваниях;
- 107) назначение диетической терапии при неутонченных заболеваниях;
- 108) назначение лечебно-оздоровительного режима при неутонченных заболеваниях;
- 109) микроскопическое исследование соскоба с кожи на кандиды (*Candida spp.*);
- 110) микологическое исследование соскоба с кожи на кандиды (*Candida spp.*);
- 111) микроскопическое исследование соскоба кожи на грибы;
- 112) микроскопическое исследование соскоба кожи на клещей;
- 113) бактериологическое исследование кожи на стерильность;
- 114) микробиологическое исследование крови на грибы;
- 115) микробиологическое исследование крови на кандиды (*Candida spp.*);

- 116) бактериологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*);
 - 117) молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*);
 - 118) определение anti-*Toxoplasma gondii* IgG;
 - 119) определение антигена HBeAg Hepatitis B virus;
 - 120) определение антигена HBsAg Hepatitis B virus;
 - 121) определение антитела класса M, G (IgM, IgG) к HBeAg Hepatitis B virus;
 - 122) определение антитела класса M, G (IgM, IgG) к HBcAg Hepatitis B virus;
 - 123) определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis D virus;
 - 124) определение антител к *Treponema pallidum*;
 - 125) микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*);
 - 126) бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*);
 - 127) микроскопическое исследование мазков мокроты на аспергиллы (*Aspergillus* spp.);
 - 128) микроскопическое исследование мазков мокроты на кандиды (*Candida* spp.);
 - 129) бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы;
 - 130) микологическое исследование носоглоточных смывов на кандиды (*Candida* spp.);
 - 131) микологическое исследование носоглоточных смывов на аспергиллы (*Aspergillus* spp.);
 - 132) микроскопическое исследование мазков мокроты на криптококк (*Cryptococcus neoformans*);
 - 133) микологическое исследование мокроты на кандиды (*Candida* spp.);
 - 134) микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов;
 - 135) микроскопическое исследование кала на простейшие;
 - 136) микроскопическое исследование кала на криптоспоридии (*Cryptosporidium parvum*);
 - 137) микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (*Candida* spp.);
 - 138) микологическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (*Candida* spp.);
 - 139) школа больного с ВИЧ-инфекцией;
 - 140) молекулярно-биологическое исследование плазмы крови на концентрацию РНК Human immunodeficiency virus HIV-1 (ВИЧ-1);
 - 141) молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК Human immunodeficiency virus HIV-1 (ВИЧ-1);
 - 142) молекулярно-биологическое исследование крови на Hepatitis B virus;
 - 143) молекулярно-биологическое исследование крови на Hepatitis C virus;
 - 144) исследование CD4 лимфоцитов;
 - 145) исследование CD8 лимфоцитов;
 - 146) беседа с родственниками и половыми партнерами больного ВИЧ-инфекцией;
 - 147) обучение членов семьи пациента технике его перемещения и размещения в постели;
 - 148) обучение пациента самопомощи при перемещении в постели и кресле;
 - 149) назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов.
- Средства для лечения и профилактики инфекции:
противовирусные средства:

абакавир;
абакавир /зидовудин/ламивудин;
атазановир;
дарунавир;
диданозин;
зидовудин;
зидовудин/ламивудин;
индинавир;
эфавиренз;
ламивудин;
лопинавир/ритановир;
невирапин;
ритонавир;
ставудин;
фасфазид;
фосампренавир;
энфурветид;
ацикловир;
валацикловир;
валганцикловир;
ганцикловир;
интерферон человеческий рекомбинантный альфа 2b;
интерферон человеческий рекомбинантный гамма;
меглумина акридонацетат;
иммуноглобулины:
иммуноглобулин человеческий нормальный;
антибактериальные средства:
азитромицин;
амикацин;
амоксциллин + клавулановая кислота;
ванкомицин;
klarитромицин;
котримоксазол;
левофлоксацин;
меропенем;
моксифлоксацин;
рифабутин;
рифампицин;
триметоприм;
цефотаксин;
ципрафлоксацин;
эритромицин;
противогрибковые средства:
амфотерицин Б;
итраконазол;
кетоконазол;
нистатин;
флуконазол;
противопротозойные и противомалярийные средства:

метронидазол;
сульфадоксин + пириметамин;
прочие:
проспидин.

6. Научные исследования по проблемам ВИЧ отражают деятельность государства в сфере разработки эффективных методов предупреждения и лечения ВИЧ-инфекции, а также иных исследований, направленных на изучение различных факторов, связанных с отношением к ВИЧ.

Для проведения конкретных научных исследований ученым выделяются гранты на осуществление конкретных программ в области охраны здоровья населения (направления – СПИД). Гранты предоставляются на безвозмездной и безвозвратной основах российскими физическими лицами, некоммерческими организациями, а также иностранными и международными организациями.

Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку готовит предложения по проведению научных исследований в области профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Единая система учета всех серологических исследований на АТ к ВИЧ и всех серопозитивных к ВИЧ действует в системе центров СПИД и центров госсанэпиднадзора.

Федеральный научно-методический центр Министерства здравоохранения Российской Федерации по профилактике и борьбе со СПИДом осуществляет проведение научных исследований по решению задач эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции; проведение социологических и социально-психологических (поведенческих) исследований в стране, отдельных ее регионах и группах населения для изучения предпосылок развития эпидемии и определения необходимых профилактических мероприятий; проведение прикладных научных исследований по решению оперативных задач эпидемиологии, диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции.

Кроме того, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом проводит исследование мнения россиян по поводу этой болезни с помощью анкетирования (мнения о ВИЧ-инфекции и СПИДе).

В связи с нарастанием тяжести эпидемии ВИЧ-инфекции в России, увеличением количества организаций, участвующих в противодействии эпидемии инфекции, и количества финансовых ресурсов, направляемых на борьбу с эпидемией и ее последствиями, в стране необходимы национальная координация мероприятий по борьбе со СПИД и проведение мониторинга и оценки на национальном уровне. Национальная система мониторинга и оценки позволит производить комплексное слежение за мероприятиями по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, осуществляемыми различными секторами и ведомствами, оценивать эффективность вмешательств, планировать и корректировать необходимые вмешательства.

В свою очередь, системы эпиднадзора второго поколения и третьего поколения учитывают биологические, поведенческие и многие другие факторы, что позволяет проследить тенденции распространения ВИЧ с определенными социальными и поведенческими особенностями. Наблюдение должно быть дополнено необходимыми исследованиями, в том числе в области эпидемиологии, поведения и социальных факторов, оказывающих влияние на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, исследованиями по оценке и прогнозированию эпидемии. Национальные координирующие органы по проблемам ВИЧ-инфекции и СПИДа играют стратегически важную роль в сопоставлении, интерпретации и распространении научных данных.

Наиболее актуальным для внедрения в Российской Федерации является Эпиднадзор третьего поколения за ВИЧ/СПИД/ИППП, который был предложен в 2003 г. совместно ВОЗ, CDC, ЮНЭЙДС⁵¹ и включает: универсальную регистрацию случаев ВИЧ/СПИД/ИППП, дозорные и поведенческие качественные и количественные исследования в уязвимых группах, надзор за резистентностью, надзор за лечением и исходами заболевания и исследования по качеству получаемой помощи и лечения.

7. Важное значение в сфере предупреждения ВИЧ-инфекции имеет образовательная составляющая. Распространение ВИЧ-инфекции касается не только взрослого населения, но и подрастающего поколения. Статистика отмечает «омоложение» ВИЧ-инфицированных, что является фактором осложнения демографической ситуации и прямой угрозой для национальной безопасности. При этом все чаще в поле зрения специализированных медицинских учреждений попадают старшеклассники и студенты. В целях предупреждения развития ВИЧ у молодежи в рамках тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию предусматривается освещение вопросов по ВИЧ-инфекции. При этом работа по пропаганде защиты от ВИЧ должна иметь системный характер. На это, в частности, направлены усилия профильных органов государственного управления.

Совместным письмом Минобрнауки России от 6 октября 2005 г. № АС-1270/06 и Роспотребнадзора от 4 октября 2005 г. № 0100/8129-05-32⁵² предложена Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде.

Цель данной Концепции – выработать согласованную позицию Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и других заинтересованных министерств и ведомств по развитию системы превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа, направленного на снижение темпов распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации среди детей и молодежи.

Профилактические программы как просветительские, так и тренинговые являются мощным инструментом воздействия на поведение детей и молодежи.

Ключевые элементы превентивного обучения в области ВИЧ/ СПИДа в образовательной среде включают: просвещение и информирование населения в областях ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), репродуктивного здоровья; развитие личностных ресурсов, формирование социальной и персональной компетентности, развитие адаптивной стратегии поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации.

Концепция превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде является развивающейся системой, которая в дальнейшем может стать частью общенациональной стратегии формирования ответственного поведения всех членов общества.

Эксперты ВОЗ и отечественные ученые выделяют сегодня наиболее перспективные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа:

- 1) просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа;
- 2) обучение детей и молодежи ответственному поведению;
- 3) формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность.

Реализация Концепции предполагает:

разработку специализированных образовательных программ по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и их методического обеспечения с участием ведущих образовательных и научно-исследовательских учреждений Российской Федерации;

⁵¹ The Third generation HIV/AIDS/STI surveillance: a summary presentation of the guidelines, Bilari Camara, 2003.

⁵² Официальные документы в образовании. – 2005. – № 31.

внедрение этих программ в практику работы образовательных учреждений и (или) интеграцию вопросов превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в программы общего и дополнительного образования; в систему воспитательной и социальной работы;

обеспечение системы подготовки педагогических кадров по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в учреждениях высшего профессионального образования и последиplomного образования;

создание механизмов экспертизы программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде на основе объективных критериев их безопасности, эффективности и действенности;

создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИДа в РФ и ее субъектах, основанного на современных научных методах. Вопросы проведения мониторинга должны быть упорядочены нормативными актами и реализовываться по поручению и под контролем исполнительных органов власти наиболее компетентными специалистами. Результаты мониторинга должны использоваться при анализе эффективности профилактических мероприятий и программ и дальнейшем планировании профилактической работы;

создание поддерживающего окружения путем реализации программ родительского всеобуча в области репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИДа, программ по принципу «равный равному», вовлечения общественных организаций, СМИ в превентивное обучение в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде;

усиление взаимодействия органов и учреждений системы Минобрнауки России с органами и учреждениями системы Минздравсоцразвития России (региональные центры по профилактике и борьбе со СПИДом, органы социальной защиты населения и др.), Росспорта, МВД России, других ведомств, международными и общественными организациями, а также органами, координирующими деятельность по профилактике ВИЧ/СПИДа.

8. Неотъемлемым элементом социальной функции современного государства является гарантия по социально-бытовой помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам РФ, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство. Эта гарантия наряду с иными служит социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных и направлена на адаптацию указанной категории граждан в обществе. Кроме того, такая гарантия является продолжением Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИДу и правам человека и отражает позицию России в международном сообществе по защите свобод и интересов ВИЧ-инфицированных.

Первичным элементом в системы институтов социальной поддержки ВИЧ-инфицированных выступают центры СПИД, в задачи которых входит преодоление социальных последствий распространения ВИЧ-инфекции. В эти задачи, в частности, входят:

1) наблюдение за исполнением законодательства РФ и субъектов РФ в области противодействия распространению ВИЧ/СПИД и информирование органов исполнительной и судебной власти о случаях нарушения действующего законодательства, включая случаи поставления граждан в угрозу заражения ВИЧ и случаи нарушения прав ВИЧ-позитивных лиц;

2) участие в обеспечении ВИЧ-позитивных лиц социальной помощью, предусмотренной федеральным законодательством РФ и законодательными актами субъектов РФ, а также распоряжениями органов исполнительной власти РФ и субъектов РФ;

3) обеспечение лиц, пострадавших от ВИЧ/СПИД, а также лиц, прямо или косвенно вовлеченных в конфликтные ситуации, связанные с ВИЧ-инфекцией, консультативной помощью (включая юридическую);

4) организация социальной помощи детям ВИЧ-позитивных родителей, оставшимся без родителей, а также ВИЧ-позитивным детям в соответствии с законодательством РФ и нормативными актами исполнительной власти федерального или местного уровня.

Государство гарантирует предоставление ВИЧ-инфицированным социально-бытовой помощи, в понятие которой включается соответствующий набор социально-бытовых услуг.

Социально-бытовая услуга – социальная услуга, направленная на поддержание или обеспечение жизнедеятельности клиентов в быту.⁵³

В соответствии с национальным стандартом РФ социального обслуживания населения «Социальные услуги семье. ГОСТ Р 52885-2007»⁵⁴ (введены в действие с 1 января 2009 г.)⁵⁵ социально-бытовые услуги семьям всех групп предоставляют в следующих объемах и формах:

содействие в получении семьями предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-бытовых услуг;

предоставление при обслуживании семьи (в отделениях дневного пребывания учреждений социального обслуживания) помещений для организации реабилитационных и лечебных мероприятий, трудовой и учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания, включая обеспечение горячим питанием, постельными принадлежностями и спальными местами;

обеспечение книгами, газетами, журналами, настольными играми (детей – игрушками) и иным необходимым для организации досуга инвентарем, оборудованием и т. п. согласно утвержденным нормативам;

содействие в получении направления в специализированные учреждения здравоохранения, на санаторное лечение, в стационарные учреждения социального обслуживания;

помощь в уходе за детьми, другими нетрудоспособными или тяжело и длительно болеющими членами семьи;

содействие в оплате жилья и коммунальных услуг;

содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению;

содействие в организации обучения детей в школе;

помощь в организации летнего отдыха и оздоровления особо нуждающихся детей;

создание условий для отправления религиозных обрядов;

социальный патронаж.

Кроме того, дополнительные социально-бытовые услуги семьям отдельных групп в зависимости от особенностей их социального положения предоставляют в следующих объемах и формах:

1) социально-бытовые услуги малообеспеченным семьям и семьям, имеющим на попечении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (при отсутствии или болезни родителей или опекунов по уважительной причине):

покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов, одежды, обуви и других промышленных товаров первой необходимости;

содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений;

содействие помещению ребенка (при необходимости) в специализированное учреждение для детей, нуждающихся в социальной реабилитации;

доставка воды, содействие в обеспечении топливом для проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения;

⁵³ Социальное обслуживание населения. Термины и определения. ГОСТ Р 52495-2005 (утв. приказом Ростехрегулирования от 30 декабря 2005 г. № 532-ст). – М., Стандартинформ, 2006.

⁵⁴ М.: Стандартинформ, 2008.

⁵⁵ Приказ Ростехрегулирования от 27 декабря 2007 г. № 563-ст // Официально не опубликован.

2) социально-бытовые услуги многодетным семьям: содействие в улучшении жилищных и бытовых условий;

3) социально-бытовые услуги семьям, имеющим в своем составе детей с ограниченными возможностями, воспитываемых дома:

содействие родителям в налаживании быта детей с учетом их физического и психического состояния;

сопровождение детей вне дома, предоставление транспорта для поездки детей на лечение, обучение, участия в культурных мероприятиях;

4) социально-бытовые услуги семьям и отдельным гражданам, оказавшимся в экстремальной ситуации (пострадавшим от стихийных бедствий или приравненных к ним событий), семьям беженцев и вынужденных переселенцев:

содействие в налаживании быта в сложившейся ситуации;

оказание помощи в зачислении (при необходимости) в стационарное кризисное отделение учреждения социального обслуживания для обеспечения временных жилищных и бытовых условий нормальной жизнедеятельности;

5) социально-бытовые услуги семьям, имеющим в своем составе нетрудоспособных или длительно болеющих членов: оказание социально-бытовых услуг на дому (покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости, помощь в приготовлении пищи, сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка, содействие в оплате жилья, коммунальных услуг и т. д.);

6) социально-бытовые услуги молодым семьям и семьям с несовершеннолетними родителями: содействие в улучшении социально-бытовых условий.

9. Важным элементом в сфере гарантий предупреждения ВИЧ является подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

От качества такой подготовки зависит общий эффект профилактической и медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. Следует учесть, что на Центр СПИД возложены задачи в области подготовки и повышения квалификации кадров для работы в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции, к числу которых отнесены:

1) подготовка специалистов в области профилактики, консультирования и тестирования, лечения, психологической и социальной поддержки, диагностики ВИЧ-инфекции;

2) повышение квалификации специалистов, работающих в области профилактики, лечения, психологической и социальной поддержки, диагностики ВИЧ-инфекции;

3) организация и проведение совещаний и конференций по вопросам профилактики, лечения, психологической и социальной поддержки, диагностики ВИЧ-инфекции.

Кроме того, Центр СПИД осуществляет обучение и подготовку медицинских кадров лечебно-профилактических учреждений по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции, включая консультирование до и после проведения теста на ВИЧ-инфекцию; разработку и распространение методической литературы по вопросам ВИЧ-инфекции; медико-педагогическую деятельность.

В письме Минздравсоцразвития России от 19 июня 2006 г. № 15/410-16-3⁵⁶ обращалось внимание на важность подготовки медицинских специалистов в сфере ВИЧ. Подготовка врачей по проблемам ВИЧ/СПИД-инфекции осуществляется на кафедрах, курсах инфекционных болезней медицинских вузов, учреждений дополнительного профессионального образования по утвержденным типовым образовательным программам. Ежегодно в системе непрерывного профессионального образования проходят подготовку 4,3 тыс. врачей-инфекционистов с детальным освоением вопросов ВИЧ/СПИД. Типовые программы регулярно

⁵⁶ Официально не опубликовано.

пересматриваются с акцентом на профилактику и лечение ВИЧ/СПИД-инфицированных больных.

В государственном стандарте среднего профессионального образования Государственные требования к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по специальности 0406 Сестринское дело (базовый уровень среднего профессионального образования). Квалификация – медицинская сестра. Регистрационный № 02-0406-Б (утвержден Минобразованием России 21 января 2002 г.)⁵⁷ в сестринское дело при инфекционных заболеваниях и курсе ВИЧ-инфекции и эпидемиологии включены вопросы, связанные с изучением соответствующих инфекций.

10. Россия является частью мирового сообщества и вовлечена в международные процессы в различных сферах взаимодействия, как на государственном уровне, так и уровне отдельных организаций, в том числе неправительственных. Международное сотрудничество в сфере предупреждения ВИЧ является общей задачей всего человечества, что отражается в гарантиях Российской Федерации по участию в международных программах предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

С 1992 г. при консолидации усилий руководства страны, Минздрава, а затем Минздравсоцразвития России, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации реализуется проект Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа».

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 25 декабря 2007 г. № 1905-р⁵⁸ в целях осуществления мер, направленных на обеспечение участия Российской Федерации в международной деятельности по совершенствованию мониторинга за вирусом иммунодефицита человека, и поддержки научных исследований в области разработки вакцины против ВИЧ-инфекции, одобренных на саммите «Группы восьми» в г. Санкт-Петербурге в июле 2006 г., принято предложение Минздравсоцразвития России, согласованное с Минфином России, МИДом России, Минобрнауки России, Роспотребнадзором, ФМБА России и Российской академией медицинских наук, о выделении в 2008—2010 г. за счет средств федерального бюджета до 1 млрд рублей на проведение научно-исследовательских работ, мониторинга за вирусом иммунодефицита человека и укрепление материально-технической базы федерального государственного учреждения науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на которое также возложена роль координатора по осуществлению взаимодействия с Глобальным центром по разработке вакцины против ВИЧ-инфекции; государственного учреждения «Научно-исследовательский институт вирусологии» им. Д.И. Ивановского Российской академии медицинских наук; федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» и ФМБА России.

В целях координации деятельности и оптимизации сотрудничества государственных и общественных организаций, работающих в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, а также повышения эффективности мер противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации приказом Минздравсоцразвития России от 19 октября 2004 г. № 166⁵⁹ создан Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИД Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также утверждено соответствующее Положение.

⁵⁷ М.: ИПР СПО, 2002.

⁵⁸ СЗ РФ. – 2007. – № 53. – Ст. 6655.

⁵⁹ Официально не опубликован.

Координационный совет является консультативным органом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Целями деятельности Совета являются:

- 1) координация деятельности и оптимизация сотрудничества государственных и общественных организаций, работающих в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом;
- 2) распространение в Российской Федерации знаний и наиболее эффективных технологий по противодействию эпидемии ВИЧ/ СПИД;
- 3) осуществление консультативной поддержки проектов и программ по борьбе с ВИЧ/ СПИД, реализуемых в Российской Федерации государственными и общественными организациями;
- 4) содействие в разработке и внедрении единой национальной стратегии по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации с привлечением государственных и общественных организаций и объединений, благотворительных организаций, агентств системы ООН;
- 5) содействие в разработке и внедрении единой системы мониторинга и оценки проектов и программ по профилактике и борьбе со СПИДом, осуществляемых на территории Российской Федерации.

Основными задачами Совета являются:

- 1) изучение и обобщение опыта по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД;
- 2) экспертно-аналитическая деятельность по мониторингу и оценке программ и проектов по профилактике и борьбе с ВИЧ/ СПИД, реализуемых на территории Российской Федерации;
- 3) подготовка предложений для Федеральных органов исполнительной власти Российской Федерации по вопросам борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИД, координации деятельности государственных, общественных организаций для наиболее эффективного противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации;
- 4) методическая поддержка организаций, работающих в сфере ВИЧ/СПИД;
- 5) взаимодействие и обмен информацией с организациями, работающими в области профилактики ВИЧ/СПИД.

В целях координации деятельности по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и в период новорожденности, повышения эффективности реализации международных проектов и программ по предупреждению распространения и борьбе с ВИЧ/СПИДом приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 178 создан Координационный совет по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации.

Научное сотрудничество и обмен информацией с другими странами предполагают также проведение научных исследований.

В соответствии с письмом Минздрава России от 17 октября 2000 г. № 2510/11197-32⁶⁰ рамках международного научного сотрудничества установлен временный порядок ввоза/вывоза биологических объектов. При проведении научных исследований, связанных с тематикой инфекционных заболеваний (СПИДа, ВИЧ-инфекции, гепатита и др.), в Минздрав России представляется разрешение (согласие) министерства (департамента) здравоохранения той страны, в которую будут вывозиться подобные биологические объекты.

11. В пакет социальных гарантий, предоставляемых государством в сфере предупреждения ВИЧ, входит обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях. Порядок предоставления медикаментов определяется уполномоченными органами.

⁶⁰ Официально не опубликовано.

На федеральном уровне – органом, уполномоченным Правительством РФ, на уровне субъектов РФ – органами государственной власти субъектов РФ.

Так, в 2006 г. обеспечение больных ВИЧ-инфекцией противоретровирусной терапией было предусмотрено за счет специально выделяемых с этой целью средств федерального бюджета (постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 870⁶¹).

Список лекарственных препаратов, применяемых для лечения больных ВИЧ-инфекцией и подлежащих закупке за счет федерального бюджета, ежегодно пересматривается в установленном порядке.

Организация бесплатного обеспечения медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях лиц, подлежащих бесплатному обеспечению препаратами, необходимыми для лечения ВИЧ-инфекции и ее осложнений, возложена на руководителя учреждения, медицинского подразделения, в ведении которого находится предназначенное для этого структурное подразделение, и федеральный орган исполнительной власти, в ведении которого находится данное учреждение.

Контроль своевременности и полноты обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции указанных категорий лиц осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Лекарственная терапия ВИЧ-инфекции включает:

- 1) противоретровирусную терапию;
- 2) химиопрофилактику вторичных заболеваний;
- 3) лечение вторичных заболеваний;
- 4) лечение сопутствующих заболеваний;
- 5) лечение осложнений лекарственной терапии ВИЧ-инфекции.

В настоящее время основным компонентом лечения больных ВИЧ-инфекцией является противоретровирусная терапия, с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания, т. е. состояния, при котором, несмотря на невозможность полного излечения, удается остановить прогрессирование болезни.

Противоретровирусная терапия направлена на прекращение размножения вируса иммунодефицита человека. Таким образом, она является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции.

Противоретровирусная терапия осуществляется противоретровирусными препаратами, разрешенными к применению в России по показаниям и схемам, которые определены утвержденными в установленном порядке методическими документами.

Определение потребности в препаратах для лечения больных ВИЧ-инфекцией осуществляется Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом с учетом федеральных методических документов (руководств, методических указаний, протоколов и стандартов по лечению больных ВИЧ-инфекцией и химиопрофилактике ВИЧ-инфекции) и на основании заявок, учетных и отчетных документов, подаваемых в установленном порядке центрами по профилактике и борьбе со СПИДом субъектов Российской Федерации и специализированными федеральными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией.

Распределение препаратов, предназначенных для лечения больных ВИЧ-инфекцией и химиопрофилактики ВИЧ-инфекции, закупленных за счет федерального бюджета, осуществляется в соответствии с планом, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

⁶¹ СЗ РФ. – 2006. – № 4. – Ст. 379.

Осуществление перечисленных гарантий возложено на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. ВИЧ-инфицированные – граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

1. Комментируемая норма определяет гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных.

Граждане Российской Федерации – ВИЧ-инфицированные обладают всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией РФ, законодательством РФ и законодательством субъектов РФ.

Это установка законодателя соответствует ст. 6 Конституции РФ: каждый гражданин РФ обладает на ее территории всеми правами и свободами и несет равные обязанности, предусмотренные Конституцией РФ.

При характеристике прав и свобод ВИЧ-инфицированных следует обратить внимание на гл. 2 «Права и свободы человека и гражданина» Конституции РФ.

В Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права (ст. 17). Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств (п. 2 ст. 19). Гарантии прав и свобод человека и гражданина обеспечиваются их государственной защитой. Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом (ст. 45). Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

2. Ограничение прав и свобод граждан Российской Федерации ВИЧ-инфицированных допускается только федеральным законом. Комментируемый пункт в целом соответствует Конституции РФ, поскольку воспринимает соответствующие ограничения как нормативный акт федерального уровня. Установление ограничений прав и свобод только законом является дополнительной гарантией от произвольного ущемления прав и свобод отдельных категорий граждан, в том числе различными органами государственной власти. Кроме того, защите прав и свобод граждан способствует также то, что ограничения могут быть введены только федеральным законом, что исключает возможность введения ограничений законами субъектов Российской Федерации. Изданные с нарушением требований Конституции РФ такие акты являются недействительными и не подлежат применению.

Конституция РФ предусматривает равные права и свободы граждан. Однако осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц (ст. 17 Конституции РФ). В сфере предупреждения ВИЧ это проявляется, например, в принудительном лечении ВИЧ-инфицированных, поскольку наличие ВИЧ-инфекции у одного лица ставит под угрозу права и свободы других лиц.

Следует учесть, что права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ

конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (ст. 55).

Перечисление в Конституции РФ основных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина.

Это положение воспринимается как следование международным стандартам прав и свобод человека, если такие стандарты более выгодны по сравнению с правами, предоставленными внутренним законодательством.

В Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина.

В исключительном ведении Российской Федерации находятся вопросы регулирования прав свобод человека и гражданина (подп. «в» ст. 71 Конституции РФ). В свою очередь, защита прав и свобод человека и гражданина находится как в ведении Российской Федерации, так и совместном ведении с субъектами РФ (подп. «в» ст. 71 и подп. «б» ст. 72 Конституции РФ).

При этом Конституцией РФ предусмотрены права и свободы, которые не подлежат ограничению.

В частности, к таким правам и свободам отнесены:

- 1) право на жизнь (ст. 20);
- 2) право на достоинство личности (ст. 21);
- 3) право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей части и доброго имени (ст. 23);
- 4) право на запрет сбора, хранения и использования информации о частной жизни гражданина без его согласия (ст. 24);
- 5) право на свободу совести, свободу вероисповедания, включая право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию или не исповедовать никакой, свободно выбирать, иметь и распространять религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними (ст. 28);
- 6) право на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности (ст. 34);
- 7) право на жилище (ст. 40);
- 8) право на судебную защиту прав и свобод (ст. 46);
- 9) право на получение квалифицированной юридической помощи, право пользоваться помощью адвоката (защитника) с момента соответственно задержания, заключения под стражу или предъявления обвинения (ст. 48);
- 10) право на презумпцию своей невиновности (ст. 49);
- 11) право на исключение повторности осуждения, право на пересмотр приговора вышестоящим судом в порядке, установленном федеральным законом, а также право просить о помиловании или смягчении наказания (ст. 50);
- 12) право не свидетельствовать против себя самого, своего супруга и близких родственников (ст. 51);
- 13) право на возмещение государством вреда, причиненного незаконными действиями (или бездействием) органов государственной власти или их должностных лиц (ст. 53).

Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации.

1.1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации.

1.2. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями муниципальной системы здравоохранения, относится к расходным обязательствам муниципальных образований.

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Комментируемая статья определяет порядок финансового обеспечения деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

1. Название и содержание статьи претерпели изменения, внесенные Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ. По тексту слово «финансирование» заменено словами «финансовое обеспечение».

Кроме того, прежняя редакция предусматривала, что финансирование федеральных и региональных целевых программ, а также деятельности предприятий, учреждений и организаций по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, лечению и социальной защите ВИЧ-инфицированных осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов РФ; средств целевых фондов; средств, направляемых на добровольное медицинское страхование; иных источников финансирования, не запрещенных законодательством РФ.

В действующей редакции комментируемая статья выделяет:

- 1) расходные обязательства Российской Федерации;
- 2) расходные обязательства субъектов Российской Федерации;
- 3) расходные обязательства муниципальных образований.

Расходные обязательства Российской Федерации осуществляются за счет аккумуляции в соответствующих централизованных федеральных фондах финансовых ресурсов (денежных средств), выступающих источниками их распределения по конкретным направлениям (статьям расходов).

Таким фондом является бюджет – форма образования и расходования денежных средств, предназначенных для финансового обеспечения задач и функций государства и местного самоуправления.

Бюджет государства исходя из федеративного устройства имеет трехуровневую систему: 1) федеральный бюджет; 2) бюджет субъекта РФ (региональный); 3) местный (муниципальный).

Федеральный бюджет и бюджеты государственных внебюджетных фондов РФ разрабатываются и утверждаются в форме федеральных законов, бюджеты субъектов РФ и бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов разрабатываются и утверждаются в форме законов субъектов РФ, местные бюджеты разрабатываются и утверждаются в форме муниципальных правовых актов представительных органов муниципальных образований (ст. 11 Бюджетного кодекса РФ).⁶²

В действующей редакции статьи расходные обязательства по финансовому обеспечению предупреждения распространения ВИЧ-инфекции разграничены в зависимости от уровня власти. Расходные обязательства осуществляются за счет соответствующих бюджетов.

Конкретные мероприятия по предупреждению ВИЧ осуществляются учреждениями здравоохранения, составляющими систему федеральных, региональных и муниципальных организаций здравоохранения. Их финансирование осуществляется из соответствующего бюджета.

Например, финансирование деятельности центров СПИД осуществляется за счет средств бюджета субъекта Федерации, бюджета федеральных целевых программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, специальных адресных федеральных средств, выделяемых на осуществление программ по противодействию ВИЧ/ СПИД, целевых программ субъектов Федерации, городских и иных программ и иных бюджетных средств, выделяемых на осуществление мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, а также за счет иных источников финансирования, разрешенных законодательством РФ.

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Определяя приоритет финансирования мероприятий по предупреждению ВИЧ, законодатель выступает с позиции защиты как частных, так и публичных интересов. Приоритетность расходов на предупреждение ВИЧ в составе бюджета определяется обязательным включением в расходную часть финансовых обязательств бюджета по предупреждению ВИЧ по сравнению с иными направлениями расходования денежных средств. Обеспечение предупреждения ВИЧ-инфекции определяет приоритетные (наиболее важные) потребности государства и общества.

⁶² СЗ РФ. – 1998. – № 31. – Ст. 3823.

Глава II

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным

Статья 7. Медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных статьей 9 настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

4. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

5. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Медицинское освидетельствование представляет собой медицинское вмешательство, осуществление которого должно производиться в установленном порядке. Медицинское вмешательство – любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту.

Медицинское освидетельствование включает также соответствующее лабораторное исследование, которое проводится медицинским учреждением на основании лицензии.

Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30⁶³ утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности. В соответствии с Положением лицензиро-

⁶³ СЗ РФ. – 2007. – № 5. – Ст. 656.

вание медицинской деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в части деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения. Лицензия на осуществление медицинской деятельности предоставляется на 5 лет. Срок действия лицензии может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии (п. 2 и 3 Положения).

Стандартным методом диагностики ВИЧ-инфекции в России служит определение антител к ВИЧ. Для проведения этого исследования используются коммерческие диагностические наборы, зарегистрированные и разрешенные Минздравсоцразвития России к применению на территории РФ, позволяющие определять антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех известных субтипов. Результаты анализа обычно расцениваются как положительные и отрицательные.

В России для массового скрининга (массовые профилактические обследования населения) на первом этапе используется метод ИФА (иммуноферментный анализ), подтверждающий иммунный блоттинг при получении положительного результата.

Диагноз ВИЧ-инфекции не может быть поставлен на основании одного лишь лабораторного анализа. Для постановки диагноза ВИЧ-инфекции необходимо использовать лабораторные, эпидемиологические и клинические критерии.

При обследовании на ВИЧ, как добровольном, так и обязательном, каждый человек должен получать до и после тестовое консультирование. В процессе беседы предоставляется информация, оценивается индивидуальный риск заражения ВИЧ, намечаются способы изменения поведения на менее опасное в отношении этого заболевания. При добровольном обследовании необходимо получить информированное согласие обследуемого. Каждый врач, назначающий обследование на ВИЧ, обязан провести такую беседу до и после тестирования.

При получении положительного результата теста важно проконсультировать пациента, информировать о возможности диспансерного наблюдения при этом заболевании, направить в специализированное медицинское учреждение – центр профилактики и борьбы со СПИДом. Если больной ВИЧ-инфекцией и туберкулезом является бактериовыделителем, оказание консультативной помощи и проведение необходимого объема обследования осуществляются с привлечением специалистов центра СПИД в условиях противотуберкулезного учреждения. Вместе с тем больные ВИЧ-инфекцией, страдающие помимо туберкулеза другими тяжелыми вторичными заболеваниями (церебральный токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония и др.), могут получать необходимое лечение в условиях боксового отделения инфекционного стационара при непосредственном наблюдении как инфекциониста, так и фтизиатра.

В дальнейшем соблюдение пациентом режима диспансерного наблюдения, а впоследствии и его приверженность лечению во многом зависят от наличия контакта с медицинскими работниками, сложившихся отношений. Консультирование позволяет привлекать и удерживать пациентов в течение времени, необходимого и достаточного для достижения значимого терапевтического эффекта. Создание психологически благоприятной среды основывается на внедрении навыков консультирования в практическую работу при оказании противотуберкулезной помощи пациентам, живущим с ВИЧ. Врачи должны владеть навыками консультирования при обследовании на ВИЧ, навыками консультирования по вопросам приверженности проводимому лечению, а также уметь оказывать психологическую поддержку пациентам.

При этом консультирование представляет собой методологию, которая отражает современный подход к оказанию медицинской помощи населению. Трудности в его освоении заключаются в необходимости перехода от прежней, нозоцентрической модели оказания помощи, когда лечили болезнь, а не больного, к принятию давно провозглашенного прин-

ципа лечения больного, а не болезни, т. е. так называемого клиент-центрированного подхода, наиболее эффективного в лечении пациентов, страдающих такими социально значимыми заболеваниями, как туберкулез и ВИЧ-инфекция.

В соответствии с Правилами проведения медицинского освидетельствования на ВИЧ обязательному тестированию подвергаются несколько групп российских граждан:

1) доноры крови, плазмы крови, спермы и любых других биологических жидкостей, тканей и органов при каждом взятии донорского материала;

2) работники отдельных профессий при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах:

3) врачи, средний и младший медицинский персонал учреждений, имеющие непосредственный контакт с ВИЧ-позитивными;

4) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий обследования на ВИЧ и лабораторного тестирования для ВИЧ-позитивных;

5) сотрудники научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ.

В этом случае тестирование является необходимым предварительным условием для получения определенной выгоды, положения или услуги. При этом обследование доноров проводится для целей безопасности донорства, а работников отдельных профессий – для обеспечения страхования от случаев профессионального заражения ВИЧ.

Во всех других случаях на основании Закона о предупреждении ВИЧ тестирование проводится добровольно с информированного согласия пациента. К группам, которым рекомендовано предлагать тестирование на ВИЧ, относятся:

1) больные по клиническим показаниям (больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ);

2) больные с подозрением или подтвержденным диагнозом:

в/в наркомания;

ЗППП;

заболевания, соответствующие критериям СПИД;

гепатит В, С, Hbs-антигеноносительство;

легочный и внелегочный туберкулез;

3) беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования;

4) лица, имеющие бытовые и медицинские контакты с больными СПИД или серопозитивными;

5) лица, имевшие половые контакты с ВИЧ-инфицированными или больными ИППП;

6) работники системы здравоохранения, получившие микротравму при исполнении профессиональных обязанностей;

7) пациенты, при оказании помощи которым медработник был травмирован.

В соответствии с инструкцией 1990 г. другими стандартными группами для скринингового тестирования на ВИЧ, не вошедшими в инструкцию 1995 г., являлись:

гомо- и бисексуалы;

лица с беспорядочными половыми связями;

проститутки;

лица, находившиеся за рубежом более 1 мес.;

реципиенты препаратов крови;

военнослужащие;

лица, находящиеся в местах лишения свободы;

иностранцы граждане, прибывшие на срок более 3 месяцев.

При проведении эпидемиологического расследования контактные лица обследовались на ВИЧ, если был выявлен риск инфицирования ВИЧ.

В последующие годы были введены различными приказами и постановлениями для обязательного тестирования на ВИЧ несколько других групп населения, в 1996 г. – некоторые группы среди находящихся в местах лишения свободы, в 1997 г. – беременные женщины, в 1999 г. – персонал акушерско-гинекологических отделений, в 1998 г. – поступающие в военные вузы и на военную службу по контракту, в 2003 г. – лица, получающие российское гражданство.

Целью тестирования на ВИЧ-инфекцию являются установление ВИЧ-статуса у пациентов, а также серологический скрининг на наличие антител к ВИЧ для осуществления эпиднадзора, противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Констатация факта заражения ВИЧ (и даже подозрения на него) ведет к важным последствиям. От ее своевременности зависит успех проведения противоэпидемических мероприятий, например предупреждение передачи ВИЧ через донорскую кровь или назначение химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. С другой стороны, ошибочная постановка диагноза ВИЧ-инфекции может стать причиной тяжелой психической травмы пациента и близких ему лиц. Определение клинического диагноза ВИЧ-инфекции проводится в основном с целью оказания пациенту адекватной медицинской помощи. Особую ценность имеет консультирование обследуемого по вопросам ВИЧ-инфекции.

Задачами тестирования на ВИЧ-инфекцию являются:

ранняя диагностика случаев ВИЧ-инфекции для своевременного начала лечения и профилактики;

обучение населения безопасному поведению при проведении дотестового и послетестового консультирования;

предотвращение новых случаев заражения ВИЧ путем выявления ВИЧ-инфицированных лиц при тестировании доноров и беременных женщин и принятия соответствующих мер;

определение распространенности и заболеваемости для слежения за эпидемией, разработки и оценки эффективности профилактических мероприятий.

Обязательное и добровольное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится бесплатно для лиц, подлежащих освидетельствованию.

Диагностические препараты для выявления ВИЧ-инфекции предоставляются лечебно-профилактическим учреждениям, осуществляющим такое освидетельствование, за счет средств федерального, регионального и муниципальных бюджетов.

Потребность в диагностических препаратах для выявления ВИЧ-инфекции определяется на основании сводных заявок, подаваемых субъектами Федерации ежегодно в Федеральную службу надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения. При желании освидетельствованный может получить справку об обследовании на ВИЧ. Справка содержит паспортные данные обследованного, если проводилось конфиденциальное тестирование, или цифровой код, если проводилось анонимное обследование.

Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. При этом оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством РФ.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по

просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

По общему правилу представление интересов несовершеннолетних в силу закона осуществляют их родители либо опекуны и (или) попечители.

В рассматриваемом случае представительство основывается на законе, административном акте либо договоре.

Над лицами в возрасте до 14 лет (малолетними) и признанными недееспособными устанавливается опека. Родители и опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки (ст. 32 ГК РФ).

В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»⁶⁴ предусматривается безвозмездное и возмездное исполнение обязанностей по опеке. Обязанности опекуна исполняются в первом случае на основании решения органа опеки и попечительства (акта о назначении опекуна), во втором – на основании договора об осуществлении опеки и попечительства (как возмездно, так и безвозмездно).

Совершение самостоятельных действий малолетними и недееспособными лицами может повлечь нарушение их прав. Поэтому закон предъявляет требование о проведении медицинского освидетельствования в отношении таких лиц лишь по просьбе или с согласия их законных представителей.

Недееспособным лицо может быть признано в результате психического расстройства, когда оно не способно руководить своими действиями и осознавать их. В этом случае исключается получение осознанного согласия недееспособного подопечного и его освидетельствование может быть проведено по просьбе законного представителя. Чтобы провести медицинское освидетельствование в отношении малолетнего, достаточно выраженного согласия на это со стороны законного представителя.

Основным принципом тестирования на ВИЧ является соблюдение конфиденциальности информации о проведении тестирования на антитела к ВИЧ. Персоналицированная информация обо всех лицах, проходящих или прошедших тестирование на ВИЧ, должна оставаться конфиденциальной. Персоналицированная информация об обследовании на ВИЧ может быть сообщена только с личного согласия обследованного.

⁶⁴ СЗ РФ. – 2008. – № 17. – Ст. 1755.

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия, а в случаях, указанных в пункте пятом статьи 7, – по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Комментируемая статья определяет порядок проведения добровольного медицинского освидетельствования лица на наличие (отсутствие) ВИЧ-инфекции.

Добровольное тестирование проводится с целью как проведения дотестового и послетестового консультирования, в ходе которого пациенту предоставляется информация о мерах профилактики заражения ВИЧ, так и установления диагноза.

Добровольность медицинского освидетельствования выражается в его проведении 1) по просьбе освидетельствуемого либо 2) с согласия освидетельствуемого, 3) с согласия законного представителя. Комментируемая норма отсылает к п. 5 ст. 7 Закона, определяющего в качестве представляемых несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными.

Предусмотрено право освидетельствуемого на анонимное проведение добровольного медицинского обследования. В этом случае осуществляется добровольное конфиденциальное тестирование на наличие антител к ВИЧ.

При этом факт анонимности проведения осмотра должен быть зафиксирован в письменной форме в учреждении, проводящем соответствующее обследование. Анонимное обследование позволяет привлечь большее число пациентов, которые избегают медицинские осмотры, проводимые на общих основаниях.

Как указывалось, при добровольном анонимном тестировании образец кодируется цифровым кодом, персональные данные обследуемого отсутствуют. Тестируемый анонимно может получить результат по коду.

Такой порядок способствует своевременному выявлению и лечению, обеспечивает дополнительные гарантии по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

В настоящий период анонимность как одно из условий борьбы с социально значимыми заболеваниями воспринята в приказе Минздрава России от 23 августа 1999 г. № 327⁶⁵, содержащем Положение об анонимном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в наркологических учреждениях и подразделениях. При этом Положение определяет гарантии анонимности лечения больных.

На обращающихся за анонимной медицинской помощью больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией заводится индивидуальная карта амбулаторного (стационарного) больного, в которой указываются названные больным фамилия, возраст и населенный пункт проживания без предъявления документа, удостоверяющего личность и место работы.

Больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, получающим медицинскую помощь анонимно, не могут выдаваться по просьбам больных или их законных представителей документы, подтверждающие их лечение на анонимной основе.

⁶⁵ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 1999. – № 40. – 1 октября.

В соответствии со ст. 61 Основ законодательства об охране здоровья гражданам гарантируется врачебная тайна. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

В порядке исключения сведения, составляющие врачебную тайну, с согласия гражданина или его законного представителя могут быть переданы другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте старше 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет для информирования их родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов РФ.

С добровольного информированного согласия обследуемых рекомендуется тестирование на ВИЧ-инфекцию. В эту группу могут попасть следующие категории лиц:

- 1) больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ (лихорадящие более 1 месяца, имеющие увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца, с диареей, длящейся более 1 месяца, с необъяснимой потерей массы тела на 10% и более, с затяжными и рецидивирующими пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии, с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными, паразитарными заболеваниями, сепсисом, с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц, с ворсистой лейкоплаксией языка, с рецидивирующей пиодермией, женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии);
- 2) больные с подозрением или подтвержденным диагнозом, указывающим на возможное наличие ВИЧ: саркомы Капоши, лимфомы мозга, Т-клеточного лейкоза, цитомегаловирусной инфекции, генерализованной или хронической формы простого герпеса, рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет, мононуклеоза (через 3 месяца после начала заболевания), пневмоцистной пневмонии, токсоплазмоза (центральной нервной системы), криптококкоза (внегочного), криптоспородиоза, изоспороза, гистоплазмоза, стронгилоидоза, кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких, глубоких микозов, ати-

пичных микобактериозов, прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии, анемии различного генеза, легочного и внелегочного туберкулеза;

3) больные с подозрением или подтвержденным диагнозом, указывающим на вероятное наличие риска заражения ВИЧ-инфекцией: наркомания (с парентеральным путем введения наркотиков), инфекции, передающиеся половым путем, вирусный гепатит В и С, Hbs-антигеноносительство (при постановке диагноза и через 6 месяцев);

4) мужчины, имеющие секс с мужчинами;

5) лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг;

6) лица, имеющие большое количество половых партнеров;

7) лица, находящиеся в местах лишения свободы (при первичном поступлении в места лишения свободы и через 12 месяцев);

8) лица, призываемые на военную службу;

9) лица, имевшие риск заражения от ВИЧ-инфицированного.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

4. Правила, в соответствии с которыми осуществляется обязательное медицинское освидетельствование лиц в целях охраны здоровья населения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти и пересматриваются им не реже одного раза в пять лет.

5. Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти и пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

Комментируемая статья определяет основания и условия обязательного медицинского освидетельствования лиц на выявление ВИЧ-инфекции.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование.

Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

Обязательное медицинское освидетельствование связано с необходимостью обеспечения гарантии защиты передачи инфекционных заболеваний от донора в организм пациента (реципиента). Поэтому лица, желающие стать донорами, но отказавшиеся от прохождения обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей (плазмы крови, спермы, цереброспинальная, перикардальная жидкости и т. п.), органов и тканей.

Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 877⁶⁶ установлен перечень соответствующих работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для

⁶⁶ СЗ РФ. – 1995. – № 37. – Ст. 3624.

выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

Обязательному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах подлежат следующие работники:

а) врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

б) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

в) научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

Перечень конкретных должностей и профессий работников, определяется руководителем учреждения, предприятия, организации.

При отказе от прохождения освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции (в случаях, установленных законодательством) без уважительных причин работник привлекается к дисциплинарной ответственности. В случае выявления у таких работников ВИЧ-инфекции они подлежат переводу в соответствии с законодательством на другую работу, исключаящую распространение ВИЧ-инфекции.

Обязательное медицинское освидетельствование производится в порядке, установленном соответствующими правилами. В настоящее время приняты и действуют Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита (утверждены постановлением Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017)⁶⁷ и Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (утверждены постановлением Правительства от 28 февраля 1996 г. № 221).⁶⁸

Указанные Правила должны пересматриваться не реже 1 раза в 5 лет.

Согласно Правилам обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, имеющих лицензию на проведение таких освидетельствований.

Медицинские учреждения, проводящие обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции, обеспечивают безопасность такого освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование, в соответствии с установленными нормативами и стандартами.

Основным методом обязательного медицинского освидетельствования является исследование сыворотки крови на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека.

Исследование сыворотки крови на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека проводится в 2 этапа:

⁶⁷ СЗ РФ. – 1995. – № 43. – Ст. 4070.

⁶⁸ СЗ РФ. – 1996. – № 12. – Ст. 1112.

1) на первом этапе выявляется суммарный спектр антител против антигенов вируса иммунодефицита человека с помощью твердофазного иммуноферментного анализа;

2) на втором этапе проводится иммунный блотинг в целях определения антител к отдельным белкам вируса иммунодефицита человека.

При получении положительного результата на первом этапе исследования на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека в сыворотке крови освидетельствуемого лица проведение иммунного блотинга является обязательным.

Обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции должно проводиться с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики этого заболевания (см. комментарий к ст. 7 Закона).

Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Лицо, прошедшее обязательное медицинское освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Обследование лиц, содержащихся в местах лишения свободы, имеет особенности.

Обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится в специализированных медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (в том числе подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний), имеющих лицензию на проведение таких освидетельствований.

Медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится бесплатно.

Медицинские учреждения, проводящие обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции, обеспечивают безопасность такого освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование, в соответствии с установленными нормативами и стандартами.

В случае выявления ВИЧ-инфекции у лиц, находящихся в местах лишения свободы, администрация учреждений уголовно-исполнительной системы обеспечивает условия, исключающие распространение ВИЧ-инфекции.

Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

В случае выявления ВИЧ-инфекции у лиц, выполняющих обязанности работников, указанных в перечне, они подлежат привлечению к другому виду трудовой деятельности, исключающей условия распространения ВИЧ-инфекции.

При отказе от прохождения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции без уважительных причин лица, находящиеся в местах лишения свободы, подвергаются мерам взыскания, предусмотренным законодательством Российской Федерации за нарушение требований режима отбывания наказаний.

Следует учесть, что к перечню заболеваний, препятствующих отбыванию наказания осужденных в соответствии с постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2004 г. № 54⁶⁹, отнесены: 1) поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции и 2) болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в стадии вторичного заболевания в виде генерализованной инфекции, злокачественного новообразования или поражения центральной нервной системы.

⁶⁹ СЗ РФ. – 2004. – № 7. – Ст. 524.

Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей.

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Комментируемая статья определяет порядок въезда на территорию Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства и направлена на ограничение случаев нахождения в России лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, при этом имеющих социально значимые заболевания (в том числе ВИЧ/ СПИД).

1. По общему правилу виза для въезда в Российскую Федерацию выдается дипломатическими представительствами или консульскими учреждениями Российской Федерации.

Указом Президента РФ от 5 ноября 1998 г. № 1330⁷⁰ утверждено положение о консульском учреждении Российской Федерации.

Консульское учреждение Российской Федерации является государственным органом внешних сношений Российской Федерации, осуществляющим в пределах соответствующего консульского округа на территории государства пребывания консульские функции от имени Российской Федерации.

Консульское учреждение входит в систему Министерства иностранных дел Российской Федерации. В государстве пребывания консульское учреждение подчинено главе дипломатического представительства Российской Федерации.

Консульское учреждение пользуется правами юридического лица, имеет печать с изображением Государственного герба Российской Федерации и со своим наименованием, соответствующие печати, штампы, бланки, счета в банках.

Консульские функции выполняются также дипломатическими представительствами Российской Федерации, в составе которых для этих целей могут создаваться консульские отделы.

В соответствии с общим порядком визы выдаются срок на срок не более 3 месяцев. Однако виза может быть выдана иностранному гражданину (лицу без гражданства) на срок свыше 3 месяцев только при наличии у него сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции.

Фактически указанный срок совпадает со сроком временного пребывания.

Данное правило действует, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации. Положение комментируемой нормы соответствует принципам построения правовой системы РФ, закрепленной в п. 4 ст. 15 Конституции. Международные

⁷⁰ СЗ РФ. – 1998. – № 45. – Ст. 5509.

договоры являются составной частью правовой системы Российской Федерации. Они имеют приоритет над внутренним законодательством. Если международным договором предусмотрены иные правила, применяются правила международного договора.

Основанием для использования правил международного договора является его ратификация.

Ратификация (от лат. *ratificatio*) – утверждение верховным органом государственной власти международного договора, подписанного уполномоченным представителем государства. При этом оформляется специальный документ – ратификационная грамота.⁷¹

Ратификация, связанная с присоединением Российской Федерации полностью (либо в части) к нормам международного права, оформляется федеральным законом о ратификации.

Указанные выше правила о предоставлении виз не распространяются на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей.

К сотрудникам дипломатического представительства относятся глава представительства и члены персонала представительства. В свою очередь, сотрудником консульского учреждения в соответствии с Указом Президиума ВС СССР от 25 июня 1976 г. «Об утверждении консульского Устава СССР»⁷² является любое лицо, занятое в консульском учреждении выполнением административных или технических обязанностей либо обязанностей по обслуживанию консульского учреждения.

2. Пункт 2 комментируемой нормы действует в редакции Федерального закона от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ⁷³, определяющего в отличие от ранее действующего порядка установление требований к сертификату не Правительством РФ, а уполномоченным им федеральным органом исполнительной власти.

Требования к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции содержатся в постановлении Правительства РФ от 25 ноября 1995 г. № 1158 «Об утверждении Требований к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в РФ на срок свыше трех месяцев»⁷⁴. Данный документ заполняется на русском и английском языках и действителен в течение 3 месяцев со дня проведения соответствующего исследования.

Сертификат должен содержать:

1) паспортные данные или данные документа, его заменяющего (имя, фамилия обследованного; день, месяц, год рождения; № паспорта или документа, его заменяющего; страна постоянного или преимущественного проживания);

2) сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации;

3) информацию о проведенном исследовании крови на наличие ВИЧ-инфекции (дата проведенного исследования; подпись врача, выполнившего исследование; серия диагностикума, с помощью которого проводилось исследование; печать учреждения, где произведено исследование; подпись обследованного).

При оформлении разрешения на временное проживание в Российской Федерации сроком до 3 лет в соответствии с постановлением Правительства РФ от 1 ноября 2002 г. № 789 «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание»⁷⁵ иностранный гражданин представляет в органы

⁷¹ См.: Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Е. Б. Современный экономический словарь. – М.: ИНФА-М, 2006.

⁷² Ведомости ВС СССР. – 1976. – № 27. – Ст. 404.

⁷³ СЗ РФ. – 2008. – № 30 (ч. 2). – Ст. 3616.

⁷⁴ СЗ РФ. – 1995. – № 49. – Ст. 4800.

⁷⁵ СЗ РФ. – 2002. – № 45. – Ст. 5416.

внутренних дел сертификат об отсутствии у заявителя (членов его семьи) ВИЧ-инфекции и документ, выданный полномочным органом иностранного государства или полномочным учреждением здравоохранения Российской Федерации, подтверждающий, что заявитель (члены его семьи) не болен наркоманией и не страдает ни одним из инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих.

Кроме того, в соответствии с Положением о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства вида на жительство (утверждено постановлением Правительства РФ от 1 ноября 2002 г. № 794⁷⁶) в числе документов, необходимых для получения вида на жительство, иностранный гражданин (лицо без гражданства) представляет сертификат об отсутствии у заявителя (членов его семьи) ВИЧ-инфекции.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 15 ноября 2006 г. № 681 «О порядке выдачи разрешительных документов для осуществления иностранными гражданами временной трудовой деятельности»⁷⁷ работодатель обязан представить медицинские справки, подтверждающие отсутствие у иностранного работника заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, предусмотренных Перечнем инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации. Отсутствие указанных документов является основанием для отказа в выдаче разрешения на работу.

⁷⁶ СЗ РФ. – 2002. – № 45. – Ст. 4520.

⁷⁷ СЗ РФ. – 2006. – № 47. – Ст. 4911.

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Комментируемая статья определяет последствия выявления ВИЧ-инфекции у граждан Российской Федерации и иностранных граждан (лиц без гражданства).

1. Граждане Российской Федерации при выявлении у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Лица, имеющие положительный результат обследования на ВИЧ в ИФА, отстраняются от донорства бессрочно.

Эти ограничения не являются ущемлением прав граждан, которые сопряжены с выполнением социального долга, а лишь направлены на защиту общественных (публичных) интересов – здоровья населения и в этой части согласуются с п. 3 ст. 55 Конституции РФ. Напомним, что соответствующие конституционные положения предусматривают ограничение права и свободы человека и гражданина только федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

В соответствии с Законом РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов»⁷⁸ донорство крови и ее компонентов – свободно выраженный добровольный акт.

Гражданин, изъявивший согласие стать донором крови и ее компонентов, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных им и имеющихся у него заболеваниях, а также об употреблении им наркотических средств. Гражданин, умышленно скрывший или искаживший сведения о состоянии своего здоровья, несет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации, если такие действия повлекли или могли повлечь существенное расстройство здоровья реципиентов (ст. 12 Закона о донорстве).

Согласно Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»⁷⁹ изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред. Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента. В указанном Законе прямо оговорены случаи ограничения донорства. В частности, изъятие органов и (или) тканей не допускается, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента (ст. 3). Реципиент – лицо, которому планируется пересадка органов или тканей.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора для их трансплантации может осуществляться только в интересах здоровья реципиента и в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффек-

⁷⁸ Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 28. – Ст. 1064.

⁷⁹ Ведомости СНД и ВС РФ. – 1993. – № 2. – Ст. 62.

тивность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей (ст. 11).

Гарантией от возможного заражения реципиента донорскими тканями и органами является их изъятие у живого донора для трансплантации только, если донор прошел всестороннее медицинское обследование и имеется заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и (или) тканей для трансплантации.

Лица, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, подлежат дальнейшему медицинскому обследованию с целью установления стадии заболевания и обеспечению антиретровирусными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции и химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

Антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции предоставляются лечебно-профилактическим учреждениям, осуществляющим такое лечение, за счет средств федерального и регионального бюджетов.

Потребность в антиретровирусных препаратах для лечения ВИЧ-инфекции определяется на основании сводных заявок, ежегодно подаваемых субъектами Федерации в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Эпидемиологическое расследование проводится по каждому выявленному случаю ВИЧ-инфекции врачами-эпидемиологами территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и специалистами учреждений Роспотребнадзора в условиях сохранения конфиденциальности сведений о инфицированном ВИЧ. В случае необходимости к расследованию привлекаются другие специалисты лечебно-профилактических учреждений. Необходимость привлечения специалистов определяют эпидемиолог территориального центра по борьбе и профилактике СПИДа и специалист по эпидемиологии Роспотребнадзора.

Эпидемиологическое обследование ВИЧ-инфицированного иностранного гражданина в случае его пожелания проводится в присутствии представителя посольства или консульства.

При проведении эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции заполняется карта эпидрасследования. Одно из важных направлений эпидемиологического расследования при ВИЧ-инфекции – выявление и локализация возможных очагов внутрибольничного распространения ВИЧ.

После получения всех необходимых сведений в результате эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции обобщаются все данные и делается заключение об источнике возбудителя инфекции, путях и факторах передачи и условиях, способствующих распространению инфекции.

Составленные карты регистрации риска заражения ВИЧ-инфекцией медицинского работника при исполнении профессиональных обязанностей хранятся в соответствии с требованиями, предъявляемыми к документам «Для служебного пользования», копия представляется в Федеральный научно-методический центр Роспотребнадзора по профилактике и борьбе со СПИДом.

2. Пункт 2 комментируемой статьи предусматривает последствия обнаружения у иностранных граждан (лиц без гражданства) ВИЧ-инфекции. В этом случае они подлежат депортации. Депортация (лат. *deportatio*) означает принудительную высылку лица в другое государство, обычно под конвоем⁸⁰, либо изгнание, ссылка из страны в другое государство.⁸¹

⁸⁰ См.: Донцов В. Н., Панов В. П., Румянцев О. Г. Международное право: Словарь-справочник / Под ред. В.Н. Трофимова. – М.: ИНФА-М, 1997. – С. 60.

⁸¹ См.: Большой энциклопедический словарь / Под ред. А.М. Прохорова. – СПб.: Норинт, 1998. – С. 343.

Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»⁸² под депортацией понимает принудительную высылку иностранного гражданина из Российской Федерации в случае утраты или прекращения законных оснований для его дальнейшего пребывания (проживания) в Российской Федерации.

Постановлением Правительства РФ от 2 апреля 2003 г. № 188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации»⁸³ к заболеваниям, препятствующим указанным лицам находиться на территории Российской Федерации, отнесены.

Код заболевания	Наименование заболевания
B20—B24	Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)
A 30	Лепра (болезнь Гансена)
A15—A19	Туберкулез
A50—A53.9, A55, A57	Инфекции передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, хламидийная лимфогранулема (винерическая), шанкроид)

Территориальный орган ФМС обязан рассмотреть заявление иностранного гражданина о выдаче ему разрешения на работу с учетом квот на выдачу таких разрешений. В случае если квоты по каким-либо причинам своевременно не установлены Правительством РФ (на следующий календарный год), то решение о выдаче принимается без их учета. Не позднее 10 рабочих дней со дня принятия от иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, заявления о выдаче ему разрешения на работу обязан выдать данному иностранному гражданину разрешение на работу или уведомление об отказе в выдаче такого разрешения.

Согласно ст. 3.10 Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ)⁸⁴ 2001 г. административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранных граждан или лиц без гражданства заключается в принудительном и контролируемом перемещении указанных граждан и лиц через Государственную границу Российской Федерации за пределы Российской Федерации, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, – в контролируемом самостоятельном выезде иностранных граждан и лиц без гражданства из Российской Федерации.

Административное выдворение иностранного гражданина за пределы Российской Федерации осуществляется за счет средств выдворяемого иностранного гражданина, а в случае отсутствия таких средств либо в случае если иностранный работник принят на работу с нарушением установленного настоящим Федеральным законом порядка привлечения и использования иностранных работников, – за счет средств пригласившего его органа, дипломатического представительства или консульского учреждения иностранного государства, гражданином которого является выдворяемый иностранный гражданин, международной организации либо ее представительства, физического или юридического лица.

⁸² СЗ РФ. – 2002. – № 30. – Ст. 3032.

⁸³ СЗ РФ. – 2003. – № 14. – Ст. 1286.

⁸⁴ СЗ РФ. – 2002. – № 1 (ч. 1). – Ст. 1.

Постановлением Правительства РФ от 24 октября 2002 г. № 769⁸⁵ утверждены Правила расходования средств на мероприятия по депортации.

Средства, выделяемые на мероприятия по депортации либо административному выдворению иностранных граждан и лиц без гражданства, расходуются:

а) на приобретение проездных документов для иностранного гражданина (лица без гражданства), подлежащего депортации либо административному выдворению, а в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, – также проездных документов для должностных лиц органа внутренних дел или территориального органа Федеральной миграционной службы, сопровождающих указанного иностранного гражданина (лица без гражданства);

б) на содержание иностранного гражданина (лица без гражданства) в специально отведенном помещении органа внутренних дел или пограничной службы либо в специальном учреждении, создаваемом в порядке, устанавливаемом законом субъекта Российской Федерации, до исполнения решения о депортации либо об административном выдворении;

в) на оформление документов, необходимых для осуществления депортации либо административного выдворения иностранного гражданина (лица без гражданства);

г) на совершение иных действий, непосредственно связанных с депортацией либо административным выдворением иностранного гражданина (лица без гражданства).

Федеральный орган исполнительной власти, ведающий вопросами иностранных дел (МИД России), уведомляет об административном выдворении иностранного гражданина за пределы Российской Федерации дипломатическое представительство или консульское учреждение иностранного государства в Российской Федерации, гражданином которого является выдворяемый иностранный гражданин.

Иностранные граждане, подлежащие административному выдворению за пределы Российской Федерации, по решению суда содержатся в специально отведенных помещениях органов внутренних дел или безопасности либо в специальных учреждениях, создаваемых в порядке, установленном законом субъекта РФ, до исполнения решения об административном выдворении за пределы РФ.

Положения, содержащиеся в п. 2 комментируемой статьи не исключают, что правоприменительными органами и судами – исходя из гуманитарных соображений – учитываются семейное положение, состояние здоровья ВИЧ-инфицированного иностранного гражданина или лица без гражданства (в том числе клиническая стадия заболевания) и иные исключительные, заслуживающие внимания обстоятельства при решении вопроса о том, является ли необходимой депортация данного лица из Российской Федерации, а также при решении вопроса о его временном проживании на территории Российской Федерации. При этом в любом случае данное лицо не освобождается от обязанности соблюдать предписанные в соответствии с законом профилактические меры относительно недопущения распространения ВИЧ-инфекции (см.: Определение Конституционного Суда РФ от 12 мая 2006 г. № 155-О⁸⁶).

Предоставление сведений о диагнозе ВИЧ-инфекции без согласия гражданина или его законного представителя допускается в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных

⁸⁵ СЗ РФ. – 2002. – № 43. – Ст. 4275.

⁸⁶ Вестник Конституционного Суда РФ. – 2006. – № 5.

исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

При оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, связанную с ВИЧ-инфекцией, и других медицинских документов специальные печати или штампы учреждения, организации используются без указания его профиля.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При необходимости депортации о случаях положительных результатов освидетельствования иностранцев территориальные центры СПИД или центры Роспотребнадзора ставят в известность руководителей заинтересованных организаций и учреждений, соответствующие консульства или посольства.

Порядок информации на административной территории определяется приказом местных органов здравоохранения, в котором предусмотрены мероприятия по обеспечению сохранения врачебной тайны при передаче информации.

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

Лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Комментируемая статья предусматривает право каждого на повторное медицинское освидетельствование на наличие (отсутствие) ВИЧ-инфекции. Данная норма выражает право на самоопределение гражданина, чем гарантирует право на «3-е мнение». Такое освидетельствование может быть произведено как в том медицинском учреждении, в котором проводилось первоначальное исследование, так и в любом другом, входящем в систему здравоохранения Российской Федерации. К ним отнесены государственные, муниципальные и частные учреждения. При этом не имеет значения срок, который прошел с момента первого медицинского освидетельствования.

Напомним, что соответствующее медицинское учреждение должно иметь лицензию на данный вид деятельности.

Отрицательный результат означает с высокой вероятностью, что человек не инфицирован ВИЧ. Человеку с низким риском инфицирования ВИЧ и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ сообщают о высокой вероятности отсутствия ВИЧ-инфекции и не рекомендуют проходить повторное тестирование в ближайшее время.

Человеку с недавним высоким риском инфицирования ВИЧ и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ сообщают об отрицательном результате тестирования на ВИЧ, рекомендуют пройти повторное тестирование на ВИЧ через 3 месяца.

Человеку с недавним высоким риском инфицирования ВИЧ и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ в ИБ и положительным результатом тестирования в ИФА сообщают об отрицательном результате тестирования на ВИЧ, но рекомендуют пройти повторное тестирование на ВИЧ через 1—3 месяца.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органом исполнительной власти.

Комментируемая статья определяет право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования.

1. В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»⁸⁷ информация – сведения (сообщения, данные) независимо от формы их представления.

Лицо, которое проводило медицинское освидетельствование по результатам его проведения, если у освидетельствуемого выявлена ВИЧ-инфекция, обязано сообщить освидетельствуемому:

- 1) о результатах освидетельствования;
- 2) о необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции;
- 3) о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных;
- 4) об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

Право на получение указанной информации является продолжением конституционного права каждого получать информацию любым законным способом (п. 4 ст. 29 Конституции РФ). Применительно к рассматриваемой ситуации данное право реализуется также в контексте права каждого на здоровье, на охрану здоровья. В числе гарантий реализации этого права выступает ответственность должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей (п. 3 ст. 41 Конституции РФ).

При этом лицо, осуществлявшее медицинское освидетельствование, должно соблюдать условия конфиденциальности такой информации. Конфиденциальность медицинской информации – доверительность и секретность информации, сообщаемой пациентом медицинскому работнику при обращении и получении медицинской помощи.⁸⁸

⁸⁷ СЗ РФ. – 2006. – № 31 (ч. 1). – Ст. 3448.

⁸⁸ См.: письмо ФФОМС от 29 октября 1999 г. № 5470/30-3/и «О методических рекомендациях» // Официально не опубликовано.

Конфиденциальность информации – обязательное для выполнения лицом, получившим доступ к определенной информации, требование не передавать такую информацию третьим лицам без согласия ее обладателя. Собираение и распространение сведений о частной жизни лица должны быть незаконными, т. е. совершаться в нарушение установленного законодательством порядка постороннего соби́рания и раскрытия на публике указанных сведений.

Требование закона об обязательном уведомлении освидетельствуемого связано с защитой прав и интересами как самого ВИЧ-инфицированного, так и иных лиц.

Во-первых, такое уведомление информирует о гарантиях прав и свобод ВИЧ-инфицированных. Большая часть этих гарантий прав и свобод определяется настоящим Законом (в частности, ст. 12, 14—16, 17—20).

Во-вторых, получая информацию о наличии ВИЧ-инфекции, гражданин принимает на себя обязанность следовать правилам, исключающим распространение ВИЧ-инфекции. На таких лиц как на инфекционно больных возлагается обязанность соблюдать соответствующие санитарно-гигиенические правила при контакте с лицами, не зараженными этой инфекцией. Они не должны вступать в половые отношения, пользоваться общими предметами домашнего обихода, быть донорами и т. д.

В-третьих, информирование гражданина о наличии у него ВИЧ-инфекции является предостережением для соблюдения санитарно-эпидемиологических правил под угрозой наступления уголовной ответственности.

Поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией (деликт создания опасности) возможно лишь при осведомленности лица о наличии у него ВИЧ-инфекции, с чем Закон связывает уголовно-правовые последствия в виде уголовной ответственности по ст. 122 Уголовного кодекса РФ⁸⁹ (УК РФ).

2. Пункт 2 комментируемой статьи в случае выявления ВИЧ-инфекции у лица, не достигшего возраста 18 лет (совершеннолетия) или признанного недееспособным, обязывает работников учреждения, где проводилось медицинское освидетельствование, сообщать о данном факте родителям (законным представителям). В последнем случае речь идет об опекунах.

Комментируемая статья не предусматривает сообщения соответствующей информации представителю (попечителю) ограниченно дееспособного лица. Поэтому следует учитывать, что Закон не освобождает от возможной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции ограниченно дееспособных лиц.

Обязанность сообщать о наличии ВИЧ-инфекции подопечного связывается с тем, что законные представители (родители, опекуны) представляют интересы своих подопечных и несут ответственность за их действия.

Согласно ст. 1077 ГК РФ вред, причиненный гражданином, ограниченным в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, возмещается самим причинителем вреда.

В свою очередь, дееспособный гражданин или несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет, причинивший вред в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, не отвечает за причиненный им вред (ст. 1078 ГК РФ). По общему правилу вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, возмещают его опекун или организация, обязанная осуществлять за ним надзор, если они не докажут, что вред возник не по их вине. Таким образом, ответственность опекуна презюмируется (предполагается).

⁸⁹ СЗ РФ. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.

Следовательно, при заражении недееспособным ВИЧ-инфекцией другого лица ответственность за такие последствия несет законный представитель.

В целях обеспечения здоровья несовершеннолетних в случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в соответствии с Перечнем работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров, утвержденным постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 877, работники учреждений, проводивших это освидетельствование, должны уведомить об этом родителей или их законных представителей.

3. Пункт 3 комментируемой статьи определяет, что порядок уведомления граждан, у которых обнаружена ВИЧ-инфекция, а также родителей и законных представителей таких лиц устанавливается соответствующим органом исполнительной власти. Официально в настоящий момент такой порядок не определен.

Ряд нормативных актов содержат Правила обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции, но не содержат порядка уведомления, хотя имеют прямую ссылку на конкретный государственный орган, который этот порядок должен разработать. Так, п. 11 постановления Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017 и п. 10 постановления Правительства РФ от 28 февраля 1996 г. № 221⁹⁰ в качестве такого органа определяют Министерство здравоохранения и социального развития.

Таким образом, обязанность разработки и принятия такого порядка возложена на Министерство здравоохранения и социального развития.

Порядок уведомления лица, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, установлен только в приказе ФПС России от 25 мая 2001 г. № 327⁹¹ при прохождении медицинского освидетельствования военнослужащих, членов семей военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в Пограничной службе, а также гражданского персонала.

Лица, прошедшие добровольное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции, уведомляются военно-медицинской организацией Пограничной службы, проводившей медицинское освидетельствование, в следующем порядке:

а) лицу, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, начальником военно-медицинской организации Пограничной службы выдается справка с диагнозом «Инфицированность ВИЧ (ВИЧ-инфекция)», где он уведомляется об ответственности, предусмотренной ст. 122 УК РФ;

б) справка выдается лично лицу, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, под его роспись на копии справки (копия справки хранится в истории болезни).

Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, информируется начальником военно-медицинской организации о необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод инфицированных, об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

В случае отказа от получения справки начальник военно-медицинской организации Пограничной службы фиксирует отказ в истории болезни. В этом случае справка хранится в истории болезни.

При этом запрещается уведомление ВИЧ-инфицированных о наличии у них ВИЧ-инфекции через третьих лиц, по телефону или любым иным способом.

⁹⁰ СЗ РФ. – 1996. – № 12. – Ст. 1112.

⁹¹ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2001. – № 30. – 23 июля.

Медицинские работники и иные военнослужащие и лица гражданского персонала Пограничной службы, которым в связи с выполнением служебных или профессиональных обязанностей стали известны сведения о результатах проведения медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции, обязаны сохранять эти сведения в тайне.

Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Комментируемая статья определяет права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи.

ВИЧ-инфицированные имеют право на получение всех видов медицинской помощи по клиническим показаниям. Такая помощь может представлять собой диагностику, обследование и лечение.

Приказом Минздравмедпрома России от 30 октября 1995 г. № 295 установлен перечень показаний для обследования ВИЧ/СПИД в целях улучшения качества диагностики ВИЧ-инфекции.

Больные по клиническим показаниям:

- 1) лихорадящие более 1 месяца;
- 2) имеющие увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца;
- 3) с диареей, длящейся более 1 месяца;
- 4) с необъяснимой потерей массы тела на 10% и более;
- 5) с затяжными и рецидивирующими пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии;
- 6) с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными, паразитарными заболеваниями, сепсисом;
- 7) с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц;
- 8) с ворсистой лейкоплакией языка;
- 9) с рецидивирующей пиодермией;
- 10) женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии.

Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом:

- 1) наркомании (с парентеральным путем введения наркотиков);
- 2) заболеваний, передающихся половым путем;
- 3) саркомы Капоши;
- 4) лимфомы мозга;
- 5) Т-клеточного лейкоза;
- 6) легочного и внелегочного туберкулеза;
- 7) гепатита В, Hbs-антигеноносительства (при постановке диагноза и через 6 месяцев);
- 8) заболевания, обусловленного цитомегаловирусом;
- 9) генерализованной или хронической формы инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса;
- 10) рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет;
- 11) мононуклеоза (через 3 месяца после начала заболевания);
- 12) пневмоцистоза (пневмонии);
- 13) токсоплазмоза (центральной нервной системы);
- 14) криптококкоза (внелегочного);
- 15) криптоспородиоза;
- 16) изоспороза;

- 17) гистоплазмоза;
- 18) стронгилоидоза;
- 19) кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких;
- 20) глубоких микозов;
- 21) атипичных микобактериозов;
- 22) прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии;
- 23) анемии различного генеза.

Беременные – в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования в качестве сырья для производства иммунобиологических препаратов.

При оказании медицинской помощи на ВИЧ-инфицированных распространяются все права и обязанности, определенные в разделе VI Основ законодательства об охране здоровья граждан.

В частности, это право обеспечивается охраной окружающей среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Иностранные граждане и лица без гражданства имеют право на получение медицинской помощи наравне с гражданами Российской Федерации.

Право на охрану здоровья реализуется также в праве граждан на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями через средства массовой информации или непосредственно гражданам (ст. 19 Основ).

В соответствии со ст. 20 Основ право граждан на охрану здоровья обеспечивается в рамках медико-социальной помощи, которая включает:

- 1) профилактическую помощь;
- 2) лечебно-диагностическую помощь;
- 3) реабилитационную помощь;
- 4) протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь;
- 5) меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

1. Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъектов РФ и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой для осуществления иммунопрофилактики, является гарантией для поиска наиболее приемлемых условий для проведения иммунопрофилактики в зависимости от личных убеждений самих граждан.

Приказом Минздрава России от 20 декабря 2000 г. № 445/77⁹² введено в действие Положение о порядке приема больных в клиники учреждения здравоохранения федерального

⁹² Здравоохранение. – 2001. – № 3.

подчинения. В положении, в частности, определены вопросы порядка отбора и учета больных и определение источников финансирования, порядок госпитализации, порядок учета использования средств федерального бюджета и отчетности.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

При этом объем такой помощи и ее характер определяются в рамках установленных государственных гарантий, определяемых ежегодно.

Указанные права реализуются в совокупности с положениями ст. 41 Конституции РФ, определяющей право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Программы государственных гарантий определяются Правительством РФ. В частности, постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. № 913 утверждена программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 г.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В рамках Программы на 2009 г. бесплатно предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная, в том числе неотложная, медицинская помощь;
- 2) скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- 3) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, по предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических, больничных учреждениях и других медицинских организациях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Приказом Минздравсоцразвития России от 29 июля 2005 г. № 487⁹³ утвержден Порядок организации первичной медико-санитарной помощи.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Порядок оказания скорой медицинской помощи утвержден Приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179.⁹⁴

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специ-

⁹³ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2005. – № 36. – 5 сентября.

⁹⁴ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2004. – № 48. – 29 ноября.

альных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Согласно ст. 40 Основ законодательства о здоровье специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений. При этом предусмотрено распределение финансовой нагрузки на выполнение мероприятий по оказанию определенных видов специализированной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений) является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях является расходным обязательством Российской Федерации.

Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2008 г. № 1097⁹⁵ утверждены Правила финансового обеспечения за счет ассигнований федерального бюджета государственного задания на оказание в 2009 г. высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Медицинская помощь гражданам предоставляется:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями и дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Учитывая значительный рост числа инфицированных во всем мире, обостряется проблема профилактики профессионального заражения медицинских работников на рабочих местах. По данным социологов, 67% врачей считают, что ВИЧ-инфицированные должны получать помощь только в специализированных учреждениях. Свыше 60% всех принявших участие в социологическом исследовании ВИЧ-инфицированных женщин высказали желание получать различные виды помощи в специализированных учреждениях для ВИЧ-инфицированных пациентов, поскольку там пациенты могут не опасаться осуждения, предвзятого отношения, раскрытия тайны диагноза.⁹⁶

2. Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Так, постановлением главы администрации Пижанского района Кировской области от 7 мая 2008 г. № 28 утверждено положение об организации работы муниципального учре-

⁹⁵ СЗ РФ. – 2009. – № 3. – Ст. 397.

⁹⁶ См.: Морозова Н. А. Отношение к ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в медицинском сообществе: Дис... канд. мед. наук. – Волгоград, 2007.

ждения здравоохранения «Пижанская центральная районная больница»⁹⁷ по оказанию населению платных медицинских услуг.

Согласно Положению платные медицинские услуги являются сверхнормативной медицинской помощью и оказываются сотрудниками в рабочее время за счет интенсивности труда при условии, что это не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицам, имеющим на это право.

Платные услуги предоставляются населению дополнительно к бесплатным видам медицинской помощи, финансируемым из средств бюджета всех уровней, Фонда обязательного медицинского страхования. Основанием для оказания медицинских услуг за плату является:

отсутствие соответствующих услуг в действующей на данный период территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Пижанского района;

отсутствие страхового медицинского полиса у пациента, обратившегося за медицинской услугой;

оказание медицинской услуги с повышенным уровнем сервисного обслуживания;

оказание медицинской услуги вне очереди.

Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной информацией, включающей сведения о местонахождении (на месте его государственной регистрации), наличии лицензии, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, гарантии в случае причинения ущерба пациенту, сведения о квалификации и сертификации специалистов и информацию о контролирующих органах.

3. Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются законодательством РФ, законодательством субъектов РФ.

4. Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях.

Согласно ст. 53 Основ законодательства об охране здоровья при несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида (патологоанатомическое вскрытие и военно-врачебная).

Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации. Так, постановлением Правительства РФ от 28 июля 2008 г. № 574⁹⁸ утверждено Положение о независимой военно-врачебной экспертизе и внесении изменений в положение о военно-врачебной экспертизе.

5. Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

⁹⁷ Официально не опубликовано.

⁹⁸ СЗ РФ. – 2008. – № 31. – Ст. 3744.

6. Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством РФ.

В соответствии со ст. 29 ГК РФ недееспособным может быть признан гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими. Признание гражданина недееспособным производится судом в порядке, определенной Гражданским процессуальным кодексом РФ 2002 г.⁹⁹ в гл. 31 «Ограничение дееспособности гражданина, признание гражданина недееспособным, ограничение или лишение несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет права самостоятельно распоряжаться своими доходами».

В соответствии с п. 6 ст. 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию»¹⁰⁰ пособие по временной нетрудоспособности в случае карантина выплачивается застрахованному лицу, которое контактировало с инфекционным больным или у которого выявлено бактерионосительство, за все время его отстранения от работы в связи с карантином. Если карантину подлежат дети в возрасте до 7 лет, посещающие дошкольные образовательные учреждения, или другие члены семьи, признанные в установленном порядке недееспособными, пособие по временной нетрудоспособности выплачивается застрахованному лицу (одному из родителей, иному законному представителю или иному члену семьи) за весь период карантина.

7. В рамках мероприятий по охране здоровья граждан, предупреждения инфекционных и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, проходят обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры (ст. 21 Основ).

Приказ Минздравсоцразвития России от 16 августа 2004 г. № 83¹⁰¹ содержит перечень работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования). К таким видам работ отнесены:

1) работы на высоте, верхолазные работы (верхолазными считаются все работы, когда основным средством предохранения работников от падения с высоты во все моменты работы и передвижения является предохранительный пояс);

2) работа крановщика (машиниста крана);

3) работа лифтера скоростных лифтов;

4) работа по обслуживанию и ремонту действующих электроустановок с напряжением 42 В и выше переменного тока, 110 В и выше постоянного тока, а также монтажные, наладочные работы, испытания и измерения в этих электроустановках;

5) работы по лесной охране, по валке, сплаву, транспортировке и первичной обработке леса;

6) работы в нефтяной и газовой промышленности, выполняемые в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, пустынных и других отдаленных и недостаточно обжитых районах, а также при морском бурении;

7) работа на гидрометеорологических станциях, сооружениях связи, расположенных в полярных, высокогорных, пустынных, таежных и других отдаленных и недостаточно обжитых районах, в сложных климатических условиях;

⁹⁹ СЗ РФ. – 2002. – № 46. – Ст. 4532.

¹⁰⁰ СЗ РФ. – 2007. – № 1 (ч. 1). – Ст. 18.

¹⁰¹ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2004. – № 38. – 20 сентября.

8) геологоразведочные, топографические, строительные и другие работы в отдаленных, малонаселенных, труднодоступных, тундровых, заболоченных и горных районах (в том числе вахтово-экспедиционным методом);

9) работы, связанные с применением легковоспламеняющихся и взрывчатых материалов, работы во взрыво- и пожароопасных производствах;

10) работы в военизированной охране, службах спецсвязи, аппарате инкассации, банковских структурах, других ведомствах и службах, которым разрешено ношение огнестрельного оружия и его применение;

11) работы, связанные с обслуживанием установок и емкостей с внутренним давлением газов и жидкостей выше 1,1 атм;

12) работы, выполняемые в условиях измененного геомагнитного поля (экранированные помещения, заглубленные сооружения);

13) подводные работы;

14) подземные работы;

15) работы по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

16) газоспасательная служба;

17) газоспасательные дружины;

18) военизированные части и отряды по предупреждению возникновения и ликвидации открытых газовых и нефтяных фонтанов;

19) военизированные горные, горноспасательные службы;

20) пожарная охрана;

21) работы, выполняемые с применением изолирующих средств индивидуальной защиты и фильтрующих противогазов с полномерной лицевой частью;

22) работы на судах;

23) работы, связанные с пребыванием в условиях пониженного и повышенного атмосферного давления;

24) работы по непосредственному управлению транспортными средствами;

25) работы в организациях пищевой промышленности, на молочных и раздаточных пунктах, базах и складах продовольственных товаров, где имеется контакт с пищевыми продуктами в процессе их производства, хранения, реализации, в том числе работы по санитарной обработке и ремонту инвентаря, оборудования, а также работы, где имеется контакт с пищевыми продуктами при транспортировке их на всех видах транспорта;

26) работы в организациях общественного питания, торговли, буфетах, на пищеблоках, в том числе на транспорте;

27) работы, выполняемые учащимися образовательных организаций общего и профессионального образования перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат медицинским осмотрам (обследованиям);

28) работы медицинского персонала родильных домов (отделений), детских больниц (отделений), отделений патологии новорожденных, недоношенных;

29) работы в образовательных организациях всех типов и видов;

30) работы в детских и подростковых сезонных оздоровительных организациях;

31) работы в дошкольных образовательных организациях, домах ребенка, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (лиц, их заменяющих), образовательных организациях интернатного типа, оздоровительных образовательных организациях, в том числе санаторного типа, детских санаториях, круглогодичных лагерях отдыха;

32) работы в лечебно-профилактических учреждениях, организациях, санаториях, домах отдыха, пансионатах, домах-интернатах, а также работы социальных работников, непосредственно связанные с питанием пациентов;

33) работы в организациях бытового обслуживания (банщики, работники душевых, парикмахерских);

34) работы в бассейнах, а также водолечебницах;

35) работы в гостиницах, общежитиях, пассажирских вагонах (проводники);

36) работы в организациях медицинской промышленности и аптечной сети, связанные с изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств;

37) работы на водопроводных сооружениях, связанные с подготовкой воды и обслуживанием водопроводных сетей;

38) работы в агропромышленном комплексе, связанные с переработкой молока и изготовлением молочных продуктов.

В настоящее время приказом Минздравсоцразвития России от 16 августа 2004 г. № 83¹⁰² установлен Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

Предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья работника (освидетельствуемого) поручаемой ему работе. Лица, не достигшие возраста 21 года, проходят периодические медицинские осмотры ежегодно (ст. 213 Трудового кодекса РФ – ТК РФ).¹⁰³

Предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников проводятся медицинскими организациями, имеющими лицензию на указанный вид деятельности.

Для проведения медицинского осмотра (обследования) создается медицинская комиссия, председателем которой является врач-профпатолог или врач иной специальности, имеющий профессиональную подготовку по профпатологии, членами комиссии – специалисты, прошедшие установленную подготовку.

По результатам осмотра (обследования) комиссия оформляет заключение, которое наряду с результатами обследования вносится в карту предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований).

Кроме того, медицинская организация обобщает результаты осмотра в акте, который составляется в 4 экземплярах. Заключительный акт в течение 30 дней представляется работодателю, территориальному органу Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и центру профпатологии.

Работник информируется о результатах проведенного медицинского осмотра (обследования).

При подозрении наличия у работника профессионального заболевания он направляется на экспертизу в центр профпатологии для установления связи заболевания с профессией. При подтверждении указанного факта центр профпатологии составляет медицинское заключение и в 3-дневный срок направляет соответствующее извещение в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, работодателю, страховщику и в медицинскую организацию, направившую работника.

Работник, у которого установлен диагноз профессионального заболевания, центром профпатологии направляется с соответствующим заключением в медицинскую организа-

¹⁰² Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2004. – № 38. – 20 сентября.

¹⁰³ СЗ РФ. – 2002. – № 1 (ч. 1). – Ст. 3.

цию по месту жительства, которая оформляет документы для представления на медико-социальную экспертизу.

Следует учесть, что письмом Федерального фонда социального страхования от 1 сентября 2000 г. № 02—18/10-5766¹⁰⁴ для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования РФ даны рекомендации относительно ориентированных сроков временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах. В соответствии с рекомендациями срок временной нетрудоспособности при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней, составляет 45—60 дней, при остром ВИЧ-инфекционном синдроме – 21—30 дней.

¹⁰⁴ Здравоохранение. – 2001. – № 4—7.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Комментируемая статья определяет мероприятия различных организаций и государственных органов, направленных на профилактику, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции.

1. Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.

Эти мероприятия предусматривают развитие методов лечения, разработку новых видов препаратов, а их внедрение в производство требует наличия современного уровня оборудования. Эти направления являются взаимосвязанными, совместная их реализация способствует повышению эффективности профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

На уровне федеральных органов исполнительной власти принимаются документы, регулирующие профилактические мероприятия по заболеваемости ВИЧ у отдельных категорий (групп) населения. Особое значение имеет профилактика ВИЧ у женщин репродуктивного возраста. Так, в целях обеспечения наиболее эффективного противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ среди целевых групп населения и усиления мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности приказом Минздрава России от 19 декабря 2003 г. № 606¹⁰⁵ утверждена инструкция по профилактике ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

В инструкции определены этапы, методы и схемы применения отечественных и зарубежных противоретровирусных препаратов при беременности, в родах и в период новорожденности с целью предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку, а также приведены сведения о диагностических системах и лекарственных препаратах, разрешенных к применению в России.

Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.

Показаниями для применения метода являются:

1) для ВИЧ-инфицированной женщины – беременность сроком более 13 недель или роды;

2) для ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери:

3) возраст не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

4) при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) – период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком.

Противопоказанием для применения метода является беременность сроком менее 14 недель.

¹⁰⁵ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2004. – № 8. – 23 февраля.

С целью химиопрофилактики могут применяться следующие противоретровирусные препараты:

Международное название	Препараты (торговое название)	№ Государственной регистрации
Азидотимидин (АЗТ)	Ретровир	П-8- 242-№ 008440
	Тмазид	2000 /54/9
Невирапин	Вирамун	П-8-242-№ 011046
Фосфазид (Ф-АЗТ)	Никавир	99 /358/4

С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным женщинам, которые планируют сохранить беременность, должно быть предложено тестирование на ВИЧ.

Тестирование сопровождается консультированием, которое состоит из до- и послетестовых частей. Консультирование должно проводиться специалистами, прошедшими соответствующую подготовку.

Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно инфекционистом территориального центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и акушером-гинекологом (в зависимости от условий каждой административной территории – в центре ВИЧ/ СПИД, в женской консультации по месту жительства, в специализированной женской консультации или в условиях специализированного приема и т. д.).

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку включает:

- 1) химиопрофилактику в период беременности;
- 2) химиопрофилактику в период родов;
- 3) химиопрофилактику новорожденному.

В приложении № 2 к приказу утверждена форма информированного согласия на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов.

В форме содержится указание на информирование матери о последствиях химиопрофилактики, а также ее обязанностях. В частности, пациент обязуется:

проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;

принимать назначенные лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных препаратов;

не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу;

ВИЧ-инфекция является длительно текущим инфекционным заболеванием, сопровождающимся выраженным иммунодефицитом, на фоне которого развиваются различные вторичные заболевания (в том числе инфекционные и онкологические).

Вследствие этого для ВИЧ-инфекции на поздних ее стадиях характерны полиорганность и полиэтиологичность поражений, разнообразие клинической симптоматики.

Для успешного лечения больных ВИЧ-инфекцией необходимы хорошо организованное диспансерное наблюдение за ними, возможность использовать достаточно сложные и дорогостоящие лабораторные методы обследования, широкий выбор дорогостоящих препаратов и наличие специалистов, имеющих квалификацию для наблюдения за пациентами и проведения им лечения.

Для более эффективной организации противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в России в 1989 г. была создана сеть специализированных учреждений – центров по профилактике и борьбе со СПИД.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 757 от 5 декабря

2005 г.¹⁰⁶ центр СПИД является лечебно-профилактическим учреждением особого типа, оказывающим консультативно-диагностическую, лечебно-профилактическую помощь больным ВИЧ-инфекцией и осуществляющим противоэпидемическую деятельность по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Центр СПИД находится в ведении органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

В структуру медицинской службы по борьбе со СПИДом в Российской Федерации входят:

отдел организации надзора за ВИЧ/СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом на базе ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, одновременно является Окружным центром СПИД для Центрального федерального округа РФ;

Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Министерства здравоохранения Российской Федерации на базе Республиканской клинической инфекционной больницы Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, п. Усть-Ижора);

окружные центры по профилактике и борьбе со СПИДом в федеральных округах Российской Федерации. Эти центры образованы на базе НИИ эпидемиологического профиля в субъектах Федерации;

центры по профилактике и борьбе со СПИДом субъектов РФ – республиканские, краевые, областные, городские;

городские центры по профилактике и борьбе со СПИДом в некоторых городах субъектов Федерации;

лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции;

анонимные кабинеты диагностики ВИЧ-инфекции.

В работу по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции вовлечены различные сектора общества, такие как широкий спектр медицинских организаций, медицинские управления МВД, Министерства юстиции, Министерства образования, общественные и неправительственные организации, международные и религиозные организации.

В настоящее время единой модели организации медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в России не существует, поскольку регионы России серьезно отличаются по многим параметрам, в том числе по уровню распространенности ВИЧ-инфекции, экономическому состоянию, площади территории.

¹⁰⁶ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2006. – № 1. – 2 января.

Задачей противоэпидемических мероприятий является эффективное воздействие на звенья эпидемического процесса с целью прекращения циркуляции возбудителя инфекции в очаге. Мероприятия направлены на источник, пути передачи инфекции и на восприимчивый контингент.

Противоэпидемические мероприятия направлены на источник ВИЧ-инфекции, разрыв механизма передачи и повышение невосприимчивости к возбудителю ВИЧ-инфекции лиц, подвергшихся риску заражения в очаге. При ВИЧ-инфекции методы воздействия на источник и восприимчивый организм весьма ограничены в связи с пожизненным носительством ВИЧ, отсутствием методов полного излечения источника инфекции от ВИЧ и отсутствием профилактических вакцин.

Противоэпидемические мероприятия проводятся на основании результатов эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции. По каждому случаю ВИЧ-инфекции проводится эпидемиологическое расследование и заполняется карта эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции.

Организатором противоэпидемических мероприятий является эпидемиолог, задачами которого являются: сбор эпидемиологического анамнеза для выявления источника, путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции, постановка эпидемиологического диагноза, координация деятельности специалистов, привлекаемых к проведению противоэпидемических мероприятий, и оценка эффективности проводимых мероприятий.

За лицами, контактировавшими с источником возбудителя ВИЧ-инфекции и подвергшимися риску заражения через те или иные факторы передачи возбудителя ВИЧ-инфекции, устанавливается диспансерное наблюдение. Медицинское наблюдение проводится в течение максимально возможного инкубационного периода при ВИЧ-инфекции.

2. К полномочиям соответствующих организаций и государственных органов отнесены также внесение на утверждение Правительства РФ проекта федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции.

Так, постановлением Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280¹⁰⁷ утверждена федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2011 гг.), включающая подпрограмму «ВИЧ-инфекция».

Основанием для разработки подпрограммы явилось распоряжение Правительства РФ от 11 декабря 2006 г. № 1706-р¹⁰⁸, которым утверждена концепция федеральной целевой программы.

В концепции отмечается, что мероприятия по реализации подпрограммы «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)»¹⁰⁹ в 2005 г. позволили снизить темпы ежегодного роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией до 2%. Обеспечена безопасность донорской крови, медицинских иммунобиологических препаратов, биологических жидкостей органов и тканей, а также медицинских манипуляций.

Целями подпрограммы «ВИЧ-инфекция» являются:

снижение числа вновь зарегистрированных случаев инфицирования ВИЧ-инфекцией;
внедрение методов профилактики заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных;
обеспечение доступности антиретровирусных препаратов;
снижение уровня смертности больных ВИЧ-инфекцией.

Задачами подпрограммы являются:

¹⁰⁷ СЗ РФ. – 2007. – № 21. – Ст. 2506.

¹⁰⁸ СЗ РФ. – 2006. – № 51. – Ст. 5478.

¹⁰⁹ См.: постановление Правительства РФ от 13 ноября 2001 г. № 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 гг.)» // СЗ РФ. – 2001. – № 49. – Ст. 4620.

совершенствование методов профилактики распространения ВИЧ-инфекции;
совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации при ВИЧ-инфекции;

разработка и внедрение современных антиретровирусных препаратов;
строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием.

В рамках реализации мероприятий подпрограммы предусматриваются:

1) строительство и реконструкция специализированных учреждений;
2) проведение исследований по проблеме ВИЧ-инфекции;
3) изучение лекарственной устойчивости вируса иммунодефицита человека к антиретровирусным препаратам;
4) разработка и клинические испытания диагностических и лекарственных препаратов с учетом молекулярных особенностей циркулирующих штаммов вируса иммунодефицита человека;

5) разработка комплекса мер по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции при использовании донорской крови и ее препаратов;

6) изучение особенностей клинического течения ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний, разработка клинико-лабораторных критериев прогрессирования ВИЧ-инфекции и эффективности терапии;

7) разработка новых форм мониторинга эффективности различных методов профилактики ВИЧ-инфекции;

8) совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека;

9) развитие единой системы мониторинга и оценки в области противодействия ВИЧ-инфекции.

Финансирование мероприятий подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации с привлечением средств внебюджетных источников.

Общие затраты на реализацию мероприятий подпрограммы составляют 9201,6 млн рублей (в ценах соответствующих лет), из них за счет средств федерального бюджета – 5000,4 млн рублей, бюджетов субъектов Российской Федерации – 4046,2 млн рублей, внебюджетных источников – 155 млн рублей.

Финансирование подпрограммы за счет средств федерального бюджета осуществляется по следующим направлениям:

капитальные вложения – 4272,7 млн рублей;

научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы – 142,6 млн рублей;

прочие нужды – 585,1 млн рублей.

Государственными заказчиками подпрограммы являются Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральная служба исполнения наказаний.

Реализация подпрограммы осуществляется на основе государственных контрактов, заключенных государственными заказчиками с исполнителями мероприятий подпрограммы в соответствии с Федеральным законом «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».¹¹⁰

Государственные заказчики подпрограммы:

¹¹⁰ См.: Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» // СЗ РФ. – 2005. – № 30 (ч. 1). – Ст. 3105.

ежеквартально представляют в Министерство здравоохранения и социального развития РФ статистическую, справочную и аналитическую информацию о ходе реализации мероприятий подпрограммы;

ежегодно, до 25 января, представляют в Министерство здравоохранения и социального развития РФ по установленной форме доклад о ходе работ по реализации мероприятий подпрограммы, достигнутых результатах и об эффективности использования финансовых средств.

Взаимодействие государственных заказчиков с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляется на основе заключенных соглашений.

Исполнение за счет средств федерального бюджета обязательств по стройкам и объектам, находящимся в государственной собственности субъектов Российской Федерации и муниципальной собственности, осуществляется в порядке межбюджетных отношений в соответствии с Бюджетным кодексом РФ.

Передача субъектам РФ материально-технических средств, приобретенных за счет средств федерального бюджета, осуществляется государственными заказчиками подпрограммы в установленном порядке.

В субъектах РФ реализация подпрограммы осуществляется за счет реализации комплекса мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией, совершенствование методов профилактики и ранней диагностики, обеспечение качества лечения и реабилитации.

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Комментируемая статья предусматривает обязанности учреждений здравоохранения по созданию условий реализации прав ВИЧ-инфицированных при оказании амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Обязанности по созданию условий прав ВИЧ-инфицированных, определенных настоящим Законом, возложены на администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Общие понятия системы здравоохранения раскрываются в ст. 12—14 Основ законодательства о здоровье граждан.

В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ.

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

Органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере здравоохранения, несут ответственность в пределах своей компетенции.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

Между тем, Основы исходят из более широкого понимания системы здравоохранения. Закон о предупреждении ВИЧ ведет речь об учреждениях, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, которые составляют часть системы здравоохранения.

В числе учреждений здравоохранения, функцией которых является предоставление определенных видов медицинской помощи, называются также амбулаторно-поликлинические учреждения.

Амбулаторно-поликлинические учреждения – это лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь населению как непосредственно в самом учре-

ждении, так и на дому, а также предназначенные для осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний.¹¹¹

Амбулаторно-поликлиническое учреждение: амбулатория, центр общей врачебной (семейной) практики, районная (в том числе центральная), городская поликлиника, детская городская поликлиника, женская консультация.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает помимо прочего проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, абортов, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска.

Стационарная медицинская помощь оказывается больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями в случаях, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции.

Ориентиры для объема медицинской помощи гражданам являются одним из условий реализации прав ВИЧ-инфицированных.

В соответствии с гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи на 2009 г. нормативы объема медицинской помощи с целью обеспечения потребности граждан в медицинской помощи по ее видам рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных программой, и в среднем составляют:

для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, – 9,198 посещения, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 8,458 посещения;

для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, – 0,577 пациенто-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,479 пациенто-дня;

для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, – 2,812 койко-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,942 койко-дня.

Характеризуя права ВИЧ-инфицированных, следует исходить из общих прав пациента, определенных в Основах законодательства об охране здоровья граждан.

В соответствии со ст. 30 Основ при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

¹¹¹ См.: приказ председателя Москомархитектуры от 22 апреля 2008 г. № 32 «Об утверждении пособия к МГСН 4.12.-97 «Лечебно-профилактические учреждения», выпуск 7 «Амбулаторно-поликлинические учреждения».

б) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении,

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Надо сказать, что права ВИЧ-инфицированных, которые закреплены в комментируемом Законе, базируются на общих правах пациентов.

Комментируемый Закон в числе прав ВИЧ-инфицированных определяет, в частности, право на доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, право на анонимность освидетельствования, право на предварительное и последующее консультирование и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование; право на предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; право на обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях (ст. 4); право на присутствие законного представителя при прохождении медицинского освидетельствования, с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции; право на бесплатное освидетельствование граждан РФ в учреждениях государственной системы здравоохранения (ст. 7); а также на повторное медицинское освидетельствование, в том же учреждении, или любом другим (ст. 12); право на уведомление о результатах освидетельствования (в том числе о выявленной ВИЧ-инфекции) работником медицинского учреждения, проводившего медицинское освидетельствование (ст. 13); право на все виды медицинской помощи по клиническим показаниям (ст. 14).

Глава III

Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Комментируемая статья определяет гарантии социально-трудовых прав ВИЧ-инфицированных.

Необходимо учитывать, что комментируемая статья корреспондирует по содержанию со ст. 5 настоящего Закона, определяющей гарантии соблюдения прав свобод ВИЧ-инфицированных. Следует напомнить, что общая норма ст. 5 Закона предусматривает распространение на ВИЧ-инфицированных граждан Российской Федерации всех прав и свобод, а также обязанностей в соответствии с Конституцией РФ, законодательством РФ и законодательством субъектов РФ.

Во-первых, не допускаются увольнение с работы и отказ в приеме на работу ВИЧ-инфицированных. Такое правило соответствует ст. 3 ТК РФ, определяющее запрещение дискриминации в сфере труда. В частности, предусмотрено право каждого на равные возможности для реализации своих трудовых прав. Никто не может быть ограничен в трудовых правах и свободах или получать какие-либо преимущества независимо от пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, семейного, социального и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, политических убеждений, принадлежности или непринадлежности к общественным объединениям, а также от других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами работника.

Это положение основано на ст. 14 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (заключена в г. Риме 4 ноября 1950 г.¹¹²): пользование правами и свободами, признанными в Конвенции, должно быть обеспечено без какой бы то ни было дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, принадлежности к национальным меньшинствам, имущественного положения, рождения или по любым иным признакам.

Следует учесть, что применительно к трудовым правам Международной организацией труда разработан и в 2001 г. принят Свод практических правил по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда», целью этого документа является определение основных подходов к проблеме ВИЧ/СПИДа в сфере труда с выделением следующих ключевых направлений действий:

профилактика ВИЧ/СПИДа;

¹¹² Бюллетень международных договоров. – 2001. – № 3.

управление последствиями ВИЧ/СПИДа в сфере труда и смягчение их влияния;
обеспечение ухода и помощи для работников, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом;

борьба со стигматизацией и дискриминацией в связи с действительным или приписываемым инфицированием ВИЧ.¹¹³

Отказ в приеме на работу ВИЧ-инфицированных граждан является незаконным.

Трудовое законодательство (ст. 64 ТК РФ) в целом воспроизводит положения ст. 3 ТК РФ, определяющей в качестве прямого или косвенного ограничения прав или установление прямых или косвенных преимуществ при заключении трудового договора числе прочих и другие обстоятельства, за исключением деловых качеств работника.

Расширительный характер ст. 64 ТК РФ воспринят также и Постановлением Верховного Суда РФ от 17 марта 2004 г. № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации».¹¹⁴

Поскольку действующее законодательство содержит лишь примерный перечень причин, по которым работодатель не вправе отказать в приеме на работу лицу, ищущему работу, вопрос о том, имела ли место дискриминация при отказе в заключении трудового договора, решается судом при рассмотрении конкретного дела.

В любом случае отказ в приеме на работу ВИЧ-инфицированный вправе обжаловать в суд. Учитывая, что наличие ВИЧ-инфекции заранее рассматривается работодателем как фактор, препятствующий установлению трудовых отношений с ВИЧ-инфицированным, эта ситуация может расцениваться как дискриминация.

Дискриминация на рынке труда – ситуация, при которой предприниматель не желает брать на работу представителей какой-либо группы (национальной, расовой, религиозной и др.) либо предлагает им худшие условия оплаты труда, чем более предпочтительным группам.¹¹⁵

Лица, считающие, что они подверглись дискриминации в сфере труда, вправе обратиться в суд с заявлением о восстановлении нарушенных прав, возмещении материального вреда и компенсации морального вреда.

В Конвенции о борьбе с дискриминацией в области образования выражение «дискриминация» охватывает всякое различие, исключение, ограничение или предпочтение по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, экономического положения или рождения, которое имеет целью или следствием уничтожение или нарушение равенства отношения в области образования, и, в частности:

а) закрытие для какого-либо лица или группы лиц доступа к образованию любой ступени или типа;

б) ограничение образования для какого-либо лица или группы лиц низшим уровнем образования;

с) создание или сохранение отдельных систем образования или учебных заведений для каких-либо лиц или группы лиц,

д) положение, несовместимое с достоинством человека, в которое ставится какое-либо лицо или группа лиц.

Во многих случаях производным от ограничения возможности трудоустройства лица с диагнозом ВИЧ-инфекция является ограничение в получении профессионального обра-

¹¹³ См.: Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» МОТ. 2002.

¹¹⁴ Бюллетень Верховного Суда РФ. – 2004. – № 6.

¹¹⁵ См.: Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Е. Б. Современный экономический словарь. – М.: ИНФА-М, 2006.

зования. По установившейся практике перед поступлением в учебное заведение абитуриент проходит предварительный медицинский осмотр с оформлением заключения. При этом лицу может быть отказано в получении образования по специальности, трудоустройство по которой в дальнейшем может быть ему противопоказано по состоянию здоровья. Следует учитывать, что такое ограничение не основано на законе. В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 22 августа 1996 г. № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»¹¹⁶ имеет значение лишь заключение МСЭК о возможности обучения в вузе. По аналогии данный порядок можно распространить и на иные образовательные учреждения.

Законодательством также предусматривается и защита прав и законных интересов, в том числе жилищных, членов семей ВИЧ-инфицированных. Жилищный кодекс РФ 2004 г.¹¹⁷ допускает совместное проживание ВИЧ-инфицированных и членов из семей в одном жилом помещении. В частности, Перечень тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире (утвержден постановлением Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378¹¹⁸) не предусматривает ВИЧ-инфекцию в качестве заболевания, препятствующего совместному проживанию.

¹¹⁶ СЗ РФ. – 1996. – № 35. – Ст. 4135.

¹¹⁷ СЗ РФ. – 2004. – № 1 (ч. 1). – Ст. 14.

¹¹⁸ СЗ РФ. – 2006. – № 25. – Ст. 2736.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных-несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

абзац утратил силу;

сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного-несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж;

абзац утратил силу.

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Комментируемая статья определяет права родителей (законных представителей) несовершеннолетних, являющихся ВИЧ-инфицированными.

Во-первых, такие родители (законные представители) имеют право на совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию.

Государственное пособие – пособие, выплачиваемое за счет средств государственного бюджета или из Фонда государственного социального страхования.

Специальное законодательство о пособиях предусматривает общие случаи выплаты, условия и правила исчисления размера указанного пособия.

В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию»¹¹⁹ (вступил в силу с 1 января 2007 г.) установлены общие случаи обеспечения граждан пособием по временной нетрудоспособности. Помимо прочих случаев предоставления пособия Закон включают необходимость осуществления ухода за больным членом семьи.

При этом срок временной нетрудоспособности и выплаты пособия по государственному социальному страхованию в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, устанавливаются на весь период лечения.

¹¹⁹ СЗ РФ. – 2007. – № 1 (ч. 1). – Ст. 18.

Пособие по временной нетрудоспособности при необходимости осуществления ухода за больным ребенком выплачивается при стационарном лечении ребенка – в размере, определяемом в зависимости от продолжительности страхового стажа застрахованного лица.

Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в следующем размере:

- 1) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж 8 лет и более, – 100% среднего заработка;
- 2) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж от 5 до 8 лет, – 80% среднего заработка;
- 3) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж до 5 лет, – 60% среднего заработка.

Для исчисления пособия по временной нетрудоспособности используется средний заработок работника. Такой заработок для работника, отработавшего установленную полностью в расчетный период норму рабочего времени и выполнившего нормы труда (трудовые обязанности), не может быть ниже минимального размера оплаты труда (МРОТ). В этом случае при любом порядке исчисления пособия по временной нетрудоспособности его размер не может быть меньше, чем такой минимальный размер. В соответствии со ст. 1 Федерального закона от 19 июня 2000 г. № 82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда»¹²⁰ (в ред. от 25 июня 2008 г. № 91-ФЗ) минимальная заработная плата с 1 января 2009 г. установлена в размере 4330 рублей.

Застрахованному лицу, имеющему страховой стаж менее 6 месяцев, пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда.

При этом максимальный размер пособия по временной нетрудоспособности не может превышать размер, установленный федеральным законом о бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на очередной финансовый год.

В случае если застрахованное лицо работает у нескольких работодателей, размер пособия по временной нетрудоспособности не может превышать указанный максимальный размер указанного пособия по каждому месту работы.

В районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, минимальный и максимальный размеры пособия по временной нетрудоспособности определяются с учетом этих районных коэффициентов.

В соответствии с Налоговым кодексом РФ¹²¹ (НК РФ), пособие по временной нетрудоспособности подлежит обложению налогом на доходы физических лиц (ст. 217).

Во-вторых, за родителем (законным представителем) ВИЧ-инфицированного-несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения для ухода за ним и при условии поступления на работу до достижения совершеннолетним указанного возраста сохраняется непрерывный трудовой стаж. Кроме того, время ухода за ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж.

Следует учесть, что содержание комментируемой статьи претерпело изменения, внесенные Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, в части предоставления отдельных прав родителям (законным представителям).

В частности, из норм комментируемой статьи изъяты положения о праве одного из родителей (законного представителя) ВИЧ-инфицированного в возрасте до 16 лет на бесплатный проезд при его сопровождении к месту лечения и обратно, а также на внеочередное предоставление жилых помещений в домах государственного, муниципального или общественного жилищного фонда, в случае если они нуждаются в улучшении жилищных усло-

¹²⁰ СЗ РФ. – 2000. – № 26. – Ст. 2729.

¹²¹ СЗ РФ. – 2000. – № 32. – Ст. 3340.

вий и если ВИЧ-инфицированный – несовершеннолетний в возрасте до 18 лет проживает совместно с ними. Указанные права за соответствующими лицами сохранялись до 1 января 2005 г. Частично предоставление указанных гарантий в натуральной форме заменено на выплату денежных компенсаций.

Субъекты Российской Федерации вправе устанавливать своими законами и иными нормативными правовыми актами меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей, дополнительно к предусмотренным на федеральном уровне. На практике реализация этого положения Федерального закона напрямую зависит от экономических и финансовых возможностей конкретных регионов, поскольку финансирование таких мер производится за счет средств бюджетов субъектов РФ.

Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных – несовершеннолетних

ВИЧ-инфицированным – несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными-несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Комментируемая статья определяет меры социальной поддержки несовершеннолетних, подвергшихся ВИЧ-инфекции.

Несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, зараженным ВИЧ-инфекцией, предоставляются следующие социальные гарантии:

- 1) социальная пенсия;
- 2) пособие;
- 3) меры социальной поддержки.

Комментируемая норма имеет отсылочный характер. Указанные социальные гарантии предоставляются в объеме, установленном законодательством для детей-инвалидов. Законодатель распространяет нормы социального законодательства об инвалидах на нормы законодательства о социальной защите ВИЧ-инфицированных-несовершеннолетних.

1. В соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»¹²² материальное обеспечение инвалидов включает денежные выплаты по различным основаниям (пенсии, пособия, страховые выплаты при страховании риска нарушения здоровья, выплаты в счет возмещения вреда, причиненного здоровью, и другие выплаты), компенсации в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (ст. 27).

Социальная пенсия – один из видов пенсий, назначаемых в соответствии с Законом о государственном пенсионном обеспечении. Согласно п. 4 ст. 5 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»¹²³ социальная пенсия устанавливается гражданам, не имеющим по каким-либо причинам права на трудовую пенсию. По смыслу этой нормы обязательным условием назначения социальной пенсии является невозможность назначения какой бы то ни было трудовой пенсии (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) безотносительно к размеру последней.

В соответствии со ст. 18 Федерального закона от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»¹²⁴ размер социальной пенсии нетрудоспособных граждан (в том числе детей-инвалидов) составляет 100% размера базовой части трудовой пенсии по инвалидности, предусмотренной подп. 1 п. 1 ст. 15 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

Размер базовой части трудовой пенсии по инвалидности в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности устанавливается в следующих суммах:

- 1) при III степени – 3900 рублей в месяц.
- 2) при II степени – 1950 рублей в месяц.

¹²² СЗ РФ. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

¹²³ СЗ РФ. – 2001. – № 52 (ч. 1). – 4920.

¹²⁴ СЗ РФ. – 2001. – № 51. – Ст. 4831.

3) при I степени – 975 рублей в месяц.

Размер базовой части трудовой пенсии по инвалидности лицам, проживающим в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, увеличивается на соответствующий районный коэффициент.

Пенсия, предусмотренная настоящим Федеральным законом, независимо от ее вида назначается с 1-го числа месяца, в котором гражданин обратился за ней, но не ранее чем со дня возникновения права на нее.

Выплата трудовой пенсии, включая ее доставку, производится за текущий месяц.

2. Несовершеннолетние ВИЧ-инфицированные имеют право на ежемесячную денежную выплату.

Ежемесячная денежная выплата устанавливается в размере:

1) инвалидам, имеющим III степень ограничения способности к трудовой деятельности, – 2162 рублей;

2) инвалидам, имеющим II степень ограничения способности к трудовой деятельности, детям-инвалидам – 1544 рублей;

3) инвалидам, имеющим I степень ограничения способности к трудовой деятельности, – 1236 рублей;

4) инвалидам, не имеющим степени ограничения способности к трудовой деятельности, за исключением детей-инвалидов, – 772 рублей.

Размер ежемесячной денежной выплаты подлежит индексации в порядке и в сроки, определенные Федеральным законом «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» для индексации размера базовой части трудовой пенсии.

3. К иным мерам социальной поддержки ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних можно отнести:

1) право на социально-бытовое обслуживание;

2) право на обеспечение мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, а также по обеспечению жильем семей, имеющих несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных.

В целях реализации прав несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных лицам, которые осуществляют уход за такими несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу, предусмотренное для лиц, осуществляющим уход за ребенком-инвалидом.

В соответствии с Указом Президента РФ от 26 декабря 2006 г. № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами»¹²⁵ с 1 июля 2008 г. неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, установлены ежемесячные компенсационные выплаты в размере 1200 рублей.

Компенсационные выплаты устанавливаются одному неработающему трудоспособному лицу в отношении каждого указанного нетрудоспособного гражданина на период осуществления ухода за ним.

Размер компенсационных выплат для граждан, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в районах с тяжелыми климатическими условиями, требующих дополнительных материальных и физиологических затрат проживающих там граждан, увеличивается на соответствующий районный коэффициент, применяемый в указанных районах (местностях) при определении размеров пенсий.

¹²⁵ СЗ РФ. – 2007. – № 1 (ч. 1). – Ст. 201.

Постановлением Правительства РФ от 4 июня 2007 г. № 343¹²⁶ утверждены Правила осуществления ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами.

Компенсационная выплата назначается лицу, осуществляющему уход, независимо от родственных отношений и совместного проживания с нетрудоспособным гражданином.

Компенсационная выплата назначается и осуществляется органом, осуществляющим назначение и выплату пенсии нетрудоспособному гражданину.

Для назначения компенсационной выплаты представляются:

а) заявление лица, осуществляющего уход, с указанием даты начала ухода и своего места жительства;

б) заявление нетрудоспособного гражданина о согласии на осуществление за ним ухода конкретным лицом. При необходимости подлинность подписи нетрудоспособного гражданина на указанном заявлении может подтверждаться актом обследования органа, осуществляющего выплату пенсии. В случае если уход осуществляется за ребенком-инвалидом либо лицом, признанным в установленном порядке недееспособным, такое заявление подается от имени его законного представителя. Ребенок-инвалид, достигший 14 лет, вправе подать заявление от своего имени. От родителей, осуществляющих уход за ребенком-инвалидом, такое заявление не требуется;

в) справка органа, осуществляющего выплату пенсии, по месту жительства либо месту пребывания лица, осуществляющего уход, о том, что пенсия этому лицу не назначалась;

г) справка органа службы занятости по месту жительства лица, осуществляющего уход, о неполучении им пособия по безработице;

д) справка, подтверждающая факт установления нетрудоспособному гражданину инвалидности, либо выписка из акта его освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы;

е) медицинское заключение о признании ребенка в возрасте до 18 лет инвалидом;

ж) заключение лечебного учреждения о нуждаемости престарелого гражданина в постоянном постороннем уходе.

Одновременно предъявляются паспорт и трудовая книжка лица, осуществляющего уход, а также трудовая книжка нетрудоспособного гражданина.

Решение о назначении компенсационной выплаты принимается органом, осуществляющим выплату пенсии, в течение 10 дней со дня подачи заявлений со всеми необходимыми документами.

В случае отказа в назначении компенсационной выплаты орган, осуществляющий выплату пенсии, в течение 5 дней со дня вынесения соответствующего решения извещает об этом лицо, осуществляющее уход, и нетрудоспособного гражданина (законного представителя) с указанием причины отказа и порядка обжалования вынесенного решения.

Компенсационная выплата назначается с месяца, в котором лицо, осуществляющее уход, обратилось за ее назначением с заявлениями и всеми необходимыми документами в орган, осуществляющий выплату пенсии, но не ранее дня возникновения права на указанную выплату.

В случае если к заявлениям приложены не все необходимые документы, орган, осуществляющий выплату пенсии, дает лицу, осуществляющему уход, разъяснение о том, какие документы оно должно представить дополнительно. Если такие документы будут представлены не позднее чем через 3 месяца со дня получения соответствующего разъяснения, месяцем обращения за компенсационной выплатой считается месяц приема заявления. С этого момента производятся компенсационные выплаты.

¹²⁶ СЗ РФ. – 2007. – № 24. – Ст. 2913.

Осуществление компенсационной выплаты прекращается в следующих случаях:

- а) смерть нетрудоспособного гражданина либо лица, осуществлявшего уход, а также признание их в установленном порядке умершими или безвестно отсутствующими;
- б) прекращение осуществления ухода лицом, осуществлявшим уход, подтвержденное заявлением нетрудоспособного гражданина (законного представителя) и (или) актом обследования органа, осуществляющего выплату пенсии;
- в) назначение лицу, осуществляющему уход, пенсии независимо от ее вида и размера;
- г) назначение лицу, осуществляющему уход, пособия по безработице;
- д) выполнение нетрудоспособным гражданином либо лицом, осуществляющим уход, оплачиваемой работы;
- е) истечение срока, на который нетрудоспособному гражданину была установлена I группа инвалидности либо категория «ребенок-инвалид»;
- ж) достижение ребенком-инвалидом возраста 18 лет, если ему по достижении этого возраста не установлена I группа инвалидности;
- з) помещение нетрудоспособного гражданина в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания;
- и) лишение родителя, осуществляющего уход за ребенком-инвалидом, родительских прав.

Лицо, осуществляющее уход, обязано в течение 5 дней известить орган, осуществляющий выплату пенсии, о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение осуществления компенсационной выплаты.

Прекращение осуществления компенсационной выплаты производится с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступили обстоятельства, послужившие основанием для прекращения выплат.

В случае перемены нетрудоспособным гражданином места жительства и продолжения осуществления за ним ухода лицом, которому была назначена компенсационная выплата, орган, осуществлявший выплату ему пенсии, приостанавливает осуществление компенсационной выплаты. Орган, осуществляющий выплату пенсии по новому месту жительства, по заявлению лица, осуществляющего уход, о продолжении им ухода за нетрудоспособным гражданином возобновляет осуществление компенсационной выплаты с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором оно было приостановлено.

Орган, осуществляющий выплату пенсии, вправе затребовать от лица, осуществляющего уход, повторное представление (предъявление) необходимых документов.

Суммы назначенной компенсационной выплаты, не полученные своевременно, выплачиваются за прошлое время, но не более чем за 3 года до обращения за ее получением. Суммы назначенной компенсационной выплаты, не выплаченные своевременно по вине органа, осуществляющего выплату пенсии, выплачиваются за прошлое время без ограничения каким-либо сроком.

Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками

Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в результате ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь, производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

Комментируемая статья закрепляет право граждан ВИЧ-инфицированных на возмещение вреда, причиненного их здоровью вирусом иммунодефицита при оказании медицинской помощи.

При этом норма носит отсылочный характер, поскольку определяет порядок возмещения вреда в соответствии с гражданским законодательством.

Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования то 5 мая 1998 г. № 1993/36.1-и¹²⁷ утверждены Методические рекомендации возмещения вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования. Рекомендации содержат понятие вреда (ущерба) при некачественном оказании медицинской помощи. Под таким вредом (ущербом) понимаются реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью застрахованного, а также упущенная им выгода, связанные с действием или бездействием работников учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) при оказании медицинской и (или) лекарственной помощи и подлежащие возмещению.

Вред (ущерб) может быть материальный и моральный.

В соответствии с Законом РФ от 26 июня 2001 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан Российской Федерации»¹²⁸ гражданин имеет право на предъявление иска медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

Вред подлежит возмещению независимо от организационно-правовой формы учреждения здравоохранения и условий оказания медицинской помощи.

Гражданско-правовая ответственность в сфере предупреждения ВИЧ-инфекции является, как правило, внедоговорной (деликтной). По общему правилу такая ответственность наступает в случаях, предусмотренных законом.

Основанием для возмещения вреда является ненадлежащее исполнение своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь. По общему правилу ответственность за действия своих сотрудников несут организации.

Согласно ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред (ущерб), причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

¹²⁷ Здравоохранение. – 1998. – № 8.

¹²⁸ Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – № 27. – Ст. 920.

Учреждения здравоохранения независимо от форм собственности, а также частнопрактикующие врачи (специалисты, работники), участвующие в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за вред (ущерб), причиненный застрахованным гражданам их врачами либо другими работниками здравоохранения.

Существуют общие правила возмещения вреда, предполагающих соблюдение принципов (условий) возложения гражданско-правовой ответственности:

- 1) противоправное нарушение возложенных законом или договором обязанностей и прав других лиц;
- 2) наличие вреда (убытков);
- 3) причинная связь между поведением правонарушителя и наступившими последствиями;
- 4) вина правонарушителя.

Существенным обстоятельством для возложения ответственности на виновных лиц является необходимость установления причинно-следственной связи между возникшим вредом и действиями (бездействиями) конкретных лиц, ответственных за проведение лечения граждан.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно-следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) работников учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) и наступившими последствиями у застрахованного пациента.

В случае когда медицинскую помощь ненадлежащего качества оказали несколько учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) либо действия самого пациента оказали влияние на качество медицинской помощи, наступает смешанная ответственность. При смешанной ответственности ее размер определяется соответственно степени вины каждой из сторон.

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред (ущерб), причиненный личности (в системе обязательного медицинского страхования – застрахованному), подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ущерб).

Законом обязанность возмещения вреда (ущерба) может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда (ущерба).

Вред здоровью подлежит определению в установленном законом порядке, а именно перечисленными в законе средствами доказывания.

Особое значение при решении вопросов о наличии вреда здоровью, его размере, причинной связи между деянием (действием или бездействием) и наступившими неблагоприятными последствиями для здоровья играет экспертное заключение, полученное в установленном порядке.

Возмещение вреда (ущерба) состоит в выплате потерпевшему денежной суммы, которую он произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного здоровья в связи с оказанием ему некачественной медицинской или лекарственной помощи, а также возмещением упущенной выгоды и морального ущерба.

Таким образом, убытки у потерпевшего могут возникнуть в связи с его расходами на лечение, послеоперационное восстановление и реабилитацию, составляющие реальный ущерб. Кроме того, в перечень возможных убытков может быть включена упущенная выгода, представляющая неполученные доходы в результате совершенного правонарушения.

Лица, совместно причинившие вред (ущерб), отвечают перед потерпевшим солидарно (ст. 1080 ГК РФ).

В случае когда лицо возместило вред (ущерб), причиненный другим лицом, оно имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом (ст. 1081 ГК РФ).

Таким образом, медицинское учреждение, возместившее вред пациенту за своих сотрудников, в дальнейшем получает права по взысканию с них суммы возмещения.

Следует учесть, что ст. 238 ТК РФ предусмотрена материальная ответственность за ущерб, причиненный работодателю. Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

В соответствии с п. 15 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16 ноября 2006 г. № 52 «О применении судами законодательства, регулирующего материальную ответственность работников за ущерб, причиненный работодателю»¹²⁹ под ущербом, который работник обязан возместить, понимается необходимость для работодателя произвести затраты на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

Под ущербом, причиненным работником третьим лицам, следует понимать все суммы, которые выплачены работодателем третьим лицам в счет возмещения ущерба. При этом необходимо иметь в виду, что работник может нести ответственность лишь в пределах этих сумм и при условии наличия причинно-следственной связи между виновными действиями (бездействием) работника и причинением ущерба третьим лицам.

Размер возмещения зависит от величины понесенных на лечение расходов, длительности нетрудоспособности застрахованного, результата (выздоровление, хронизация полученного заболевания либо травмы, инвалидность, смерть застрахованного), а для работающего – также от степени утраты трудоспособности и размера утраченного заработка (дохода).

Размер возмещения определяется на основании счетов соответствующих организаций и других документов либо согласно ценам, сложившимся в той местности, в которой потерпевший понес эти расходы, а также документов, подтверждающих размер утраченного заработка.

Суммы возмещения вреда (ущерба) подлежат индексации в связи с повышением стоимости жизни в установленном законом порядке.

Потерпевшему, нуждающемуся в нескольких видах помощи, возмещаются расходы, связанные с получением каждого вида помощи.

В денежные суммы, компенсирующие вред (ущерб), нанесенный застрахованному гражданину, входят расходы на его обследование и лечение, в том числе санаторно-курортное, уход за потерпевшим, протезирование, приобретение и ремонт специальных транспортных средств, профессиональное переобучение и другие расходы, связанные с устранением последствий нанесенного ему вреда (ущерба), если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и не имеет права на их бесплатное получение.

Существуют досудебный и судебный способы защиты прав застрахованных. При этом возможно осуществление защиты нарушенного права как страховщиком, так и самим застрахованным.

Пациент может обратиться с жалобой на действия государственного органа, общественной организации, должностного лица, нарушающие его права, к вышестоящим в порядке подчиненности государственному органу, общественной организации, должностному лицу, что предполагает административный порядок разрешения возникшей конфликтной ситуации.

Если пациенту в удовлетворении жалобы отказано или он не получил ответа в течение месяца со дня ее подачи, он вправе обратиться с жалобой в суд.

¹²⁹ Бюллетень Верховного Суда РФ. – 2007. – № 1.

Жалоба может быть подана самим пациентом, права и свободы которого нарушены, или его представителем, а также по просьбе пациента – надлежаще уполномоченным представителем общественной организации (например, общества защиты прав потребителей медицинских услуг), трудового коллектива.

Результатом применения административного порядка может являться:

признание права;

восстановление положения, существовавшего до нарушения права;

прекращение действий, нарушающих права;

привлечение к административной ответственности лиц, виновных в нарушении, несоблюдении прав пациента.

Возмещение материального вреда (ущерба) осуществляется как в добровольном порядке, так и по решению суда.

Досудебная защита прав застрахованных состоит в следующем.

В соответствии с действующим законодательством страховая медицинская организация (территориальный фонд обязательного медицинского страхования, выполняющий функции страховщика) обязаны защищать интересы застрахованных граждан.

При обращении застрахованного по поводу некачественного оказания медицинской помощи страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, направить заявление застрахованного вместе с необходимыми документами в учреждение здравоохранения.

В заявлении должны быть указаны время, место, обстоятельства причинения материального вреда (ущерба), лицо, виновное в причинении вреда, заявляемый размер ущерба. При наличии подтверждающих документов они должны быть приложены к заявлению.

Заявление пострадавшего либо его представителя должно быть рассмотрено руководителем учреждения здравоохранения или частнопрактикующим врачом не позднее 10 дней со дня его поступления.

Вред здоровью подлежит определению в установленном законом порядке, а именно перечисленными в законе средствами доказывания.

Особое значение при решении вопросов о наличии вреда здоровью, его размере, причинной связи между деянием (действием или бездействием) и наступившими неблагоприятными последствиями для здоровья играет экспертное заключение, полученное в установленном порядке.

С целью более объективного рассмотрения заявления обе стороны вправе запросить и использовать заключения экспертов.

При достижении обоюдного согласия между руководителем учреждения здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующим врачом (специалистом, работником) и представителем застрахованного пациента выносится решение о выплате потерпевшему суммы возмещения материального вреда (ущерба).

Решение о выплате ущерба оформляется приказом руководителя учреждения здравоохранения. Приказ должен быть мотивированным, в нем указываются: дата нанесения ущерба; гражданин, которому устанавливается возмещение ущерба; размеры возмещения и сроки выплаты.

Копия приказа о возмещении материального ущерба вручается застрахованному пациенту.

Материальный вред возмещается в виде денежной выплаты.

Учреждение здравоохранения производит возмещение вреда (ущерба) в виде выплаты денежной суммы на открытый пациентом счет в банке.

При отсутствии согласия между сторонами пациенту вручается мотивированный отказ. При получении мотивированного отказа страховщик (представитель застрахованного) вправе обратиться в суд.

В случае защиты нарушенного права самим застрахованным либо его представителем предъявляется претензия учреждению здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующему врачу (специалисту, работнику).

Процедура рассмотрения и принятия решения учреждением здравоохранения независимо от форм собственности либо частнопрактикующим врачом (специалистом, работником) аналогична процедуре, когда защита прав застрахованного осуществляется страховщиком.

Досудебная защита прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования может осуществляться также посредством третейского суда, который создается по соглашению сторон, участвующих в споре.

Третейский суд, хотя и носит такое название, судебным органом не является и не входит в число органов, образующих судебную систему РФ. Он избирается участниками гражданско-правовых отношений для разрешения возникшего или возможного между ними в будущем конфликта. Он носит общественный характер, не осуществляет правосудие и не обладает процессуальной формой рассмотрения дел. Третейские суды могут быть созданы для разрешения споров между гражданами и экономических споров, участниками которых являются юридические лица и индивидуальные предприниматели.

Решение третейского суда является обязательным для сторон, участвующих в споре, однако не исключает последующее обращение одной из сторон в суд общей юрисдикции.

При наличии решения третейского суда страховщик вправе возместить вред (ущерб) застрахованному самостоятельно за счет средств, выделенных на оплату медицинской помощи, оказываемой населению.

При этом страховщик перечисляет финансовые средства в размере, определенном третейским судом, на личный счет застрахованного.

В последующем данная сумма вычитается из суммы выплаты учреждению здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующему врачу (специалисту, работнику) за оказанные медицинские услуги.

Судебная защита прав застрахованных возможна в случае неурегулирования спора о возмещении ущерба в добровольном и претензионном и третейском порядке.

При получении застрахованным пациентом отказа в возмещении вреда (ущерба) пациент либо его представитель вправе обратиться в суд с иском.

Иск по возмещению ущерба, вреда – иск, по которому истец требует от ответчика возместить ему нанесенный ущерб в размере требуемой им денежной суммы или посредством восстановления поврежденного имущества.

При судебном способе защиты прав застрахованных страховщик обязан зарегистрировать устное или письменное обращение, организовать и произвести экспертизу качества медицинской помощи данного случая, оказать содействие застрахованному в оформлении претензии и иска к учреждению здравоохранения или частнопрактикующему врачу и направить заявление застрахованного пациента вместе с необходимыми документами в суд.

К заявлению застрахованного прикладываются результаты экспертизы страховой медицинской организации.

Суд рассматривает иск о возмещении вреда (ущерба) застрахованным пациентам и выносит по ним решения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В случае удовлетворения требования о возмещении вреда (ущерба) суд в соответствии с обстоятельствами дела обязывает виновного в причинении вреда (ущерба) возместить причиненные убытки.

К перечню обстоятельств, которые могут служить основанием для возмещения вреда потерпевшему, можно также отнести незаконные действия органов государственной власти либо должностных лиц этих органов; незаконное бездействие медицинских учреждений либо должностных лиц этих органов. И в том, и другом случае поведение должностных лиц следует признать виновным, если в сферу их компетенции входило решение вопроса, связанного с реализацией прав и обязанностей потерпевшего в сфере оказания медицинской помощи.

Следовательно, по смыслу существующих определений должностные лица медицинских учреждений обладают властными полномочиями и в силу своего служебного положения решают вопросы, связанные с мероприятиями по вакцинации, применению тех или иных медикаментов.

Возмещение вреда возможно, если судом установлено, что действия соответствующих должностных лиц не соответствуют закону, наносят ущерб гражданину.

При этом особо оговаривается, что вред подлежит возмещению по правилам гражданского законодательства. Это позволяет гражданину либо лицу, которое выполняет функции родителя (иного законного представителя – опекуна (попечителя)), предъявить к учреждению здравоохранения (должностному лицу такого учреждения) иск в суд в порядке ст. 1069 ГК РФ (далее – ГК РФ, часть вторая)¹³⁰, устанавливающей ответственность за вред, причиненный государственными органами, органами местного самоуправления, гражданину или юридическому лицу.

Вред возмещается за счет соответственно казны РФ, казны субъекта РФ или казны муниципального образования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством. От имени казны выступают соответствующие финансовые органы, если иное не предусмотрено законодательством (ст. 1071 ГК РФ), например если эта обязанность в соответствии с п. 3 ст. 125 ГК РФ не возложена на другой орган, юридическое лицо или гражданина.

В числе способов защиты прав, установленных ст. 12 ГК РФ (далее – ГК РФ, часть первая)¹³¹ предусмотрена компенсация морального вреда.

Нематериальные блага согласно ст. 150 ГК РФ помимо прочих включают также жизнь и здоровье гражданина, которые принадлежат ему от рождения и неотчуждаемы.

Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда (ст. 151 ГК РФ).

По общему правилу моральный вред может быть причинен только гражданину (физическому лицу), что связано с физиологическими особенностями человеческого организма, способного воспринимать воздействие внешних физических факторов и реагировать на это воздействие естественным образом. Суду предоставлено право самостоятельно определять размер возмещения с учетом всех обстоятельств как способствующих наступлению ущерба, так и являющихся проявлением последствий такого воздействия. Оценке подлежит степень физических и нравственных страданий лица, которому причинен вред, с учетом его индивидуальных особенностей. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

¹³⁰ СЗ РФ. – 1996. – № 5. – Ст. 410.

¹³¹ СЗ РФ. – 1994. – № 32. – Ст. 3301.

К компенсации морального вреда при нарушении личных неимущественных прав граждан относится компенсация морального вреда, причиненного не только повреждением здоровья, но и смертью человека. В этом случае потерпевшими считаются близкие родственники лица, умершего в результате проведения иммунопрофилактических мероприятий.

Согласно ст. 1094 ГК РФ лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается.

Глава IV

Социальная поддержка лиц, подвергающихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей

Статья 21. Утратила силу.

Статья 21 комментируемого Закона предусматривала государственные единовременные пособия в случае выявления работникам предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, осуществляющих диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лицам, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, в случае заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей. В случае смерти работников указанных категорий от заболеваний, связанных с развитием ВИЧ-инфекции, право на получение государственных единовременных пособий имели члены их семей.

В настоящий период в соответствии с Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ комментируемая статья утратила силу и нормы статьи исключены из положений комментируемого Закона.

Статья 22. Гарантии в области труда

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установление размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат:

обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Комментируемая норма, которая изложена в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, устанавливает гарантии в области труда лиц, подвергающихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении служебных обязанностей. К таковым лицам Законом отнесены: 1) работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, 2) лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

Гарантии, которые предоставлены комментируемой нормой, являются продолжением гарантий отдельным категориям работников, предусмотренных Трудовым кодексом РФ, направлены на стимулирование трудовой деятельности, а также на компенсацию условий труда, производственных факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье работника. Частично в этом проявляются принципы дифференциации условий труда в зависимости от сферы (отрасли) его приложения.

Гарантии – средства, способы и условия, с помощью которых обеспечивается осуществление предоставленных работникам прав в области социально-трудовых отношений (ст. 164 ТК РФ).

Основными гарантиями стимулирования условий труда работников медицинских учреждений, являются:

1) сокращенная продолжительность рабочего времени;

2) дополнительный отпуск.

В соответствии со ст. 92 ТК РФ для работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, – не более 36 часов в неделю.

Постановлением Минтруда России от 8 августа 1996 г. № 50¹³² установлены продолжительность рабочего времени и ежегодного дополнительного отпуска работникам соответствующих учреждений.

Сокращенная продолжительность рабочего времени устанавливается в объеме 36 часов в неделю.

Ежегодный оплачиваемый отпуск (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за работу в опасных для здоровья условиях труда) предоставляется продолжительностью 36 рабочих дней.

Следует обратить внимание на общие условия гарантий, предусмотренных трудовым законодательством.

Дополнительный оплачиваемый отпуск в соответствии со ст. 117 ТК РФ предоставляется работникам, занятым на работах, связанных с неблагоприятным воздействием на здоровье человека вредных физических, химических, биологических и иных факторов.

О длительности дополнительных отпусков медицинских работников сказано в Списке производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденном постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25 октября 1974 г. № 298/П-22¹³³. В соответствии с указанным документом продолжительность дополнительных отпусков для работников, перечисленных в этом Списке, составляет от 6 до 36 рабочих дней (в зависимости от профессии, занимаемой должности).

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 20 ноября 2008 г. № 870¹³⁴ работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, по результатам аттестации рабочих мест установлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью не менее 7 календарных дней.

Указанные гарантии предоставляются следующим работникам:

1) центры по профилактике и борьбе со СПИДом, организации и специализированные организации здравоохранения, предназначенные для лечения больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных:

врачи (в том числе руководители организаций и их подразделений), занятые диагностикой, лечением больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

средний медицинский персонал, занятый лечением и непосредственным обслуживанием больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

младший медицинский персонал, занятый обслуживанием и уходом за больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными;

специалисты и служащие, занятые диагностикой, лечением больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

2) организации здравоохранения и госсанэпидслужбы, их структурные подразделения, за исключением перечисленных выше:

врачи (в том числе руководители организаций и их структурных подразделений), имеющие непосредственный контакт с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными при проведении консультаций, осмотров, оказания медицинской помощи, проведении судебно-медицинской экспертизы и другой работы;

¹³² Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 1996. – № 6.

¹³³ Официально не опубликовано.

¹³⁴ СЗ РФ. – 2008. – № 48. – Ст. 5618.

средний медицинский персонал, имеющий непосредственный контакт с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными при оказании медицинской помощи, проведении судебно-медицинской экспертизы и другой работы;

младший медицинский персонал, имеющий непосредственный контакт с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными при уходе за ними и проведении другой работы;

специалисты и служащие, имеющие непосредственный контакт с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными;

3) лаборатории (отделы, отделения, группы) организаций здравоохранения и госсанэпидслужбы, осуществляющие лабораторную диагностику ВИЧ-инфекции:

врачи (в том числе руководители организаций и их подразделений), проводящие все виды лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

средний медицинский персонал, проводящий все виды лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

младший медицинский персонал, работающий в указанных лабораториях и имеющий контакт с кровью и материалами, поступающими от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

специалисты и служащие, участвующие в проведении всех видов лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

4) научно-исследовательские организации здравоохранения и госсанэпидслужбы и их структурные подразделения:

научные сотрудники, руководители, специалисты, служащие и рабочие, привлеченные к работе с ВИЧ-инфицированными и потенциально зараженными ВИЧ-материалом (в том числе животными) и по выполнению научной тематики по проблеме СПИДа;

5) научно-производственные объединения, предприятия (производства) и их структурные подразделения по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов:

руководители, специалисты, служащие, рабочие, работающие с вирусом СПИДа и материалом, инфицированным ВИЧ.

Следует учесть, что сокращенная продолжительность рабочего дня (смены), установленная из расчета 36-часовой рабочей недели, предоставляется работникам лишь в те дни, когда они были фактически заняты на работах в опасных для здоровья условиях труда. То же самое время включается в стаж работы, дающий право на получение ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 рабочих дней.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. № 391¹³⁵ с 1 апреля 1996 г. работникам организаций здравоохранения, финансируемых из федерального бюджета, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работникам организаций, финансируемых из федерального бюджета, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, надбавку за работу в опасных для здоровья условиях труда в размере 20% оклада (тарифной ставки).

Следует учитывать, размер заработной платы работников федеральных бюджетных учреждений определяется в соответствии с новыми системами оплаты труда (постановление Правительства РФ от 5 августа 2008 г. № 583¹³⁶).

Совместным приказом Минздравмедпрома России № 307 и Госкомсанэпиднадзора России № 221 от 30 июля 1996 г.¹³⁷ утвержден Перечень организаций, предприятий, произ-

¹³⁵ СЗ РФ. – 1996. – № 15. – Ст. 1629.

¹³⁶ СЗ РФ. – 2008. – № 33. – Ст. 3852.

¹³⁷ Здравоохранение. – 1996. – № 9.

водств и их структурных подразделений, работа в которых дает право на установление указанной надбавки.

Статус организации	Наименование должности	Характер выполняемой работы
Центры по профилактике борьбы со СПИДом	Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Диагностика, лечение и непосредственное облуживание больных СПИДом и ВИЧ-инфекцией
Учреждения и специализированные отделения учреждений здравоохранения, предназначенные для лечения больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных	Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Лечение и непосредственное облуживание больных СПИДом и ВИЧ-инфекцией
Иные учреждения здравоохранения и их структурные подразделения	Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Непосредственный контакт с больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным при проведении эпидрасследований, консуль-

		таций, осмотров, оказания медицинской помощи, судебно-медицинской экспертизы и проведения другой работы
Лаборатории (отделы, отделения, группы) учреждений здравоохранения, на которые возложено органами здравоохранения обслуживание населения на ВИЧ-инфекцию и исследование поступающих крови и биологических жидкостей от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных	Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Проведение всех видов лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных
Научно-исследовательские учреждения и их структурные подразделения	Должности научного персонала руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Привлечение к работе по выполнению научной тематики по проблеме СПИДа и контактирующие с больными с ВИЧ-инфицированными и потенциально зараженным ВИЧ-материалом (в том числе и животными)
Научно-производственные объединения и предприятия (производства) и их структурные подразделения по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов	Должности руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Работающие с вирусом СПИДа и материалом, инфицированным ВИЧ

В каждом учреждении на основании Перечня должен быть составлен и утвержден по согласованию с выборным профсоюзным органом перечень работников, которым с учетом конкретных условий работы в данном учреждении, подразделении и должности (лечение, обеспечение диагностики, непосредственное обслуживание или контакт с больными и др.) может устанавливаться надбавка в размере 20% оклада (тарифной ставки), в том числе и за каждый час работы в указанных условиях.

Следует учесть, указанные размер и порядок предоставления гарантий определены лишь для работников федеральных учреждений системы здравоохранения.

Для работников учреждений здравоохранения субъектов РФ порядок предоставления указанных гарантий и установление размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда определяются органами исполнительной власти субъектов РФ.

Помимо указанных случаев предусмотрены и иные категории лиц, имеющих право на гарантии при выполнении своих служебных обязанностей при непосредственном контакте с ВИЧ-инфицированными.

Письмом Минюста России от 27 сентября 2001 г. № 18/29-321¹³⁸ указывалось, в частности, об условиях предоставления льгот аттестованным сотрудникам, работающим с ВИЧ-инфицированными осужденными.

Медицинским работникам из числа рядового и начальствующего состава повышение должностных окладов за работу в опасных для здоровья и особо тяжелых условиях труда производится в порядке и размерах, установленных для аналогичных работников, не имеющих специальных званий начальствующего состава.

Кроме того, предусматриваются повышение и надбавка к должностному окладу (тарифной ставке) за работу, которая связана с непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы ВИЧ-инфицированных.

Повышение и надбавка к должностному окладу производятся только вольнонаемным и аттестованным медицинским работникам,

которые работают в специально созданных для этих целей учреждениях, больницах, отделениях, палатах и т. д. в течение всего рабочего времени. В остальных случаях при работе с ВИЧ-инфицированными оплата труда производится за фактически отработанное время.

Сотрудникам и работникам УИС, осуществляющим свои служебные обязанности в непосредственном контакте с ВИЧ-инфицированными, может быть установлена надбавка к должностному окладу за сложность, напряженность и специальный режим службы в повышенном размере (до 50%).

Приказом Минюста России от 20 декабря 2006 г. № 376¹³⁹, определяющими денежное довольствие сотрудников уголовно-исполнительной системы, оклады по занимаемым штатным должностям медицинских работников из числа рядового и начальствующего состава повышаются на 60% за работу в специально созданных учреждениях (больницах, отделениях, палатах) для лечения больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных; надбавки к окладам по занимаемым штатным должностям выплачиваются медицинским работникам из числа лиц начальствующего состава за работу в специально созданных для лечения больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных учреждениях, больницах, отделениях, палатах – в размере 20%.

Приказом министра обороны РФ от 30 июня 2006 г. № 200¹⁴⁰ установлены надбавки за особые условия службы военнослужащим военно-медицинских частей, учреждений и подразделений. В частности, надбавки в размере 60% в оклада по воинской должности военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, и 100% оклада по воинской должности – военнослужащим, проходящим военную службу по призыву: занимающим воинские должности начальников отделов (отделений, лабораторий), научных сотрудников, преподавателей, ординаторов, врачей, лаборантов и санитаров в нижепоименованных штатных военно-медицинских и научно-исследовательских учреждениях (подразделениях), работа-

¹³⁸ Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2001. – № 6.

¹³⁹ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2007. – № 8. – 19 февраля.

¹⁴⁰ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2006. – № 40. – 2 октября.

ющим с вирусом СПИДа или обеспечивающим диагностику, лечение и непосредственное обслуживание больных СПИДом:

на кафедре клинической биохимии и лабораторной диагностики и в медицинской лаборатории этой кафедры, медицинском научно-исследовательском отделе (экспериментальной диагностики СПИДа) научно-исследовательской лаборатории (иммунологии и вирусологии) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова;

в инфекционных отделениях (для лечения больных СПИДом) госпиталей;

в лабораториях инфекционной иммунологии госпиталей и поликлиник;

в отделе (профилактики и борьбы со СПИДом) лаборатории инфекционной иммунологии (профилактики и борьбы со СПИДом) Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства обороны;

в лабораториях инфекционной иммунологии центральных медицинских лабораторий видов Вооруженных Сил.

Персональные списки военнослужащих, имеющих право на получение надбавки, объявляются приказом начальника военно-медицинского (научно-исследовательского) учреждения, командира воинской части с учетом конкретных условий работы в учреждении, воинской части, структурном подразделении, на воинской должности.

Приказом ФСБ России от 20 августа 2008 г. № 60¹⁴¹ в порядке обеспечения военнослужащих органов федеральной службы безопасности отдельными месячными и иными дополнительными выплатами денежного довольствия установлены надбавки за особые условия службы. Военнослужащим, проходящим военную службу в тяжелых, вредных и опасных для здоровья условиях, выплачиваются надбавки за особые условия службы в месяц в размере 60% оклада по воинской должности – военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, и 100% оклада по воинской должности – военнослужащим, проходящим военную службу по призыву, занимающим воинские должности начальников отделов, отделений, лабораторий, научных сотрудников, ординаторов, врачей, лаборантов, фельдшеров-лаборантов и санитаров штатных военно-медицинских учреждений и подразделений, работающих с вирусом СПИДа или обеспечивающим диагностику, лечение и непосредственное обслуживание больных СПИДом.

Перечень воинских должностей, занятие которых дает право на выплату надбавки за особые условия службы, и количество военнослужащих, занимающих эти должности, утверждаются в установленном порядке.

Следует иметь в виду, что в соответствии с постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2000 г. № 163¹⁴² лицам моложе 18 лет запрещены все виды работ в центрах по лечению и диагностике СПИДа, работы в лабораториях (отделениях) особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат страхованию.

При этом установлены 2 вида страхования:

обязательное страхование на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

¹⁴¹ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2008. – № 19. – 12 мая.

¹⁴² СЗ РФ. – 2000. – № 10. – Ст. 1131.

Пункт 2 ст. 927 ГК РФ свидетельствует о том, что обязательное страхование – это принуждение к страхованию, возможное, во-первых, только федеральным законом, во-вторых, лишь в целях страхования жизни, здоровья или имущества других лиц, а также своей гражданской ответственности.

Обязательное страхование осуществляется путем заключения договора страхования лицом, на которое возложена обязанность такого страхования (страхователем), со страховщиком.

Обязательное страхование осуществляется за счет страхователя.

Лицо, в пользу которого по закону должно быть осуществлено обязательное страхование, вправе, если ему известно, что страхование не осуществлено, потребовать в судебном порядке его осуществления лицом, на которое возложена обязанность страхования, если лицо, на которое возложена обязанность страхования, не осуществило его или заключило договор страхования на условиях, ухудшающих положение выгодоприобретателя по сравнению с условиями, определенными законом, при наступлении страхового случая несет ответственность перед выгодоприобретателем на тех же условиях, на каких должно было быть выплачено страховое возмещение при надлежащем страховании (п. 1 и 2 ст. 937 ГК РФ).

Договор страхования должен быть заключен в письменной форме.

Принципы регулирования трудовых отношений признают обеспечение права на обязательное социальное страхование работников (ст. 2 ТК РФ).

В соответствии с Федеральным законом от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»¹⁴³ обязательное социальное страхование – часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам. Между тем, к обязательному социальному страхованию работников предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лиц, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, нормы указанного Закона не применяются.

Постановлением Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. № 191¹⁴⁴ утвержден перечень должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских работников, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников.

Должности (профессии)	Характер и условия работы
Врач, в том числе врач — руководитель учреждения, структурного подразделения	Работа по выбраковке продукции с положительными маркерами на инфекционные заболевания (ВИЧ-инфекцию) в процессе производства и карантинизации крови и ее компонентов

¹⁴³ СЗ РФ. – 1999. – № 29. – Ст. 3686.

¹⁴⁴ СЗ РФ. – 2006. – № 15. – Ст. 1621.

<p>Заведующий кафедрой (лабораторией), профессор, доцент, ассистент, преподаватель, научный сотрудник (в том числе ведущий, старший, младший)</p>	<p>Работа непосредственно по оказанию медицинской помощи больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным.</p> <p>Работа по проведению лабораторных исследований крови и других биологических материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных.</p> <p>Работа по проведению судебно-медицинской экспертизы больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных</p>
<p>Биолог, зоолог, энтомолог</p>	<p>Работа по проведению лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных</p>
<p>Средний медицинский персонал</p>	<p>Работа непосредственно по оказанию медицинской помощи больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным, и их обслуживанию.</p> <p>Работа по проведению лабораторных исследований крови и других биологических материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных.</p> <p>Работа по выбраковке продукции с положительными маркерами на инфекционные заболевания (ВИЧ-инфекцию) в процессе производства и карантинизации крови и ее компонентов</p>
<p>Младший медицинский персонал</p>	<p>Работа непосредственно по обслуживанию и уходу за больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными.</p> <p>Работа непосредственно с кровью и другими биологическими материалами больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных</p>

Глава V

Заключительные положения

Статья 23. Государственный контроль

Государственный контроль за деятельностью физических и юридических лиц, направленной на реализацию мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Комментируемая статья определяет направления государственного контроля в сфере предупреждения распространения ВИЧ-инфекции. Закон закрепляет соответствующую компетенцию за федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, т. е. на всем уровне вертикали власти.

Контроль (от франц. *controle* – проверка) – составная часть управления экономическими объектами и процессами, заключающаяся в наблюдении за объектом с целью проверки соответствия наблюдаемого состояния объекта желаемому и необходимому состоянию, предусмотренному законами, положениями, инструкциями, другими нормативными актами, а также программами, планами, договорами, проектами, соглашениями¹⁴⁵. Контроль в указанной сфере осуществляется в различных формах (методах) и различными органами государственной власти.

Среди документов определяющих основные направления и органы контроля в сфере предупреждения ВИЧ, следует выделить Методические рекомендации. Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (утверждены Минздравсоцразвития России 20 сентября 2007 г. № 6965-РХ).

В настоящий момент роль по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ исполняет отдел организации надзора за ВИЧ/ СПИД Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Во многих странах координирующие органы первоначально были созданы при министерствах здравоохранения. Как правило, они следили за исполнением политических решений, которые принимались на более высоком уровне и не имели широких полномочий, в том числе полномочий контроля деятельности других министерств и различных секторов. Поэтому во многих странах координирующие органы впоследствии были созданы на более высоком уровне. Наиболее эффективная работа по противодействию эпидемии была налажена в странах, где координирующий орган был создан при правительстве государства под председательством одной из основных персон, руководящих государством.

К наиболее значительным структурам и механизмам, участие которых позволит обеспечить эффективное противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции, относятся:

1. Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.
2. Страновой координационный механизм по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.

¹⁴⁵ См.: Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Е. Б. Современный экономический словарь. – М.: ИНФА-М, 2006.

3. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
4. Министерство иностранных дел Российской Федерации.
5. Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации.
6. Министерство внутренних дел Российской Федерации.
7. Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков.
8. Министерство регионального развития Российской Федерации.
9. Министерство культуры и массовых коммуникаций РФ.
10. Министерство финансов Российской Федерации.
11. Министерство образования и науки Российской Федерации.
12. Министерство юстиции Российской Федерации.
13. Министерство обороны Российской Федерации.
14. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
15. Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИД.
16. Рабочая группа по подготовке нормативных документов по ВИЧ/СПИДу.
17. Координационный совет по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
18. Территориальные, окружные и федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.
19. Общественные организации и объединение людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.
20. Международные организации, осуществляющие крупные проекты по ВИЧ-инфекции в России.

На Федеральном уровне в пределах своей компетенции такими органами являются Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков в части медицинского освидетельствования сотрудников, федеральных государственных гражданских служащих и работников ФСКН России, ее территориальных органов и организаций (органов наркоконтроля) на наличие ВИЧ-инфекции¹⁴⁶, Главный государственный санитарный врач в части осуществления производственного контроля в парикмахерских¹⁴⁷ Роспотребнадзор¹⁴⁸ РФ в части реализации национального календаря профилактических прививок по профилактике ВИЧ-инфекции, контроля за осуществлением диагностики и лечения больных ВИЧ-инфекции, Министерство здравоохранения и социального развития России¹⁴⁹ в части создания координационного совета по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации.

В России в настоящее время происходит интенсивный сбор информации по программе мониторинга и оценки. В основе существующей системы сбора данных по мониторингу и оценке лежит система надзора и контроля по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИДа, разработанная Министерством здравоохранения и социального развития. Ее основное достоинство

¹⁴⁶ См.: приказ ФСКН России от 9 сентября 2005 г. № 279 «Об утверждении инструкции об организации работы по предупреждению распространения в органах наркоконтроля заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2005. – № 48. – 28 ноября.

¹⁴⁷ См.: постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 12 марта 2003 г. № 15 «О введении в действие СанПиН 2.1.2. 1199-03» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2003. – № 77. – 22 апреля.

¹⁴⁸ См.: приказ Роспотребнадзора от 23 октября 2008 г. № 397 «Об утверждении основных направлений деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 2009 год» // Официально не опубликован.

¹⁴⁹ См.: приказ Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 178 «О создании Координационного совета по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации» // Официально не опубликован.

– систематический сбор данных о ВИЧ-инфекции и СПИДе во всех регионах Российской Федерации.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления осуществляют предоставленные им полномочия в сфере предупреждения ВИЧ-инфекции совместно с федеральными органами власти, создания региональных структур мониторинга и оценки в субъектах Российской Федерации, определения схемы взаимодействия региональных и федеральных структур и порядка передачи информации.

Контроль за предупреждением распространения ВИЧ-инфекции на региональном уровне осуществляют министерства (управления, департаменты) здравоохранения и иные профильные структуры государственных органов управления субъектов РФ.

В рамках региональных целевых программ проводится совершенствование эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции, создание информационной системы эпидемиологического контроля.

Муниципальные органы власти осуществляют контроль за учреждениями здравоохранения, находящимися в их подчинении в рамках своего муниципального образования.

Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Нарушение настоящего Федерального закона влечет за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Комментируемая статья определяет виды юридической ответственности за нарушение положений Закона о предупреждении ВИЧ. Норма комментируемой статьи носит отсылочный характер, указывая только виды юридической ответственности. Возможными правовыми последствиями за нарушение законодательства в этой сфере выступают следующие виды ответственности:

- 1) дисциплинарная;
- 2) административная;
- 3) уголовная;
- 4) гражданско-правовая.

Отсылочное регулирование правовой ответственности в социальном и медицинском законодательстве (законодательстве о здравоохранении) является довольно распространенным приемом законодателя. При этом нормы о юридической ответственности представляют собой типовую информацию, дублируемую в нормах большинства законов медицинского законодательства.

Положения об ответственности предусмотрены ст. 16 Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», ст. 16 Закона РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов», ст. 50 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», гл. VII Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и т. п.

Конкретные статьи содержат оговорку об ответственности за нарушения в соответствии с законодательством либо, как в случае с комментируемым Законом, указанием на виды юридической ответственности.

Некоторые виды отраслевой ответственности предстоит разработать и закрепить в нормах охранительно-деликтного законодательства.

1. Дисциплинарная ответственность предполагает наложение мер за дисциплинарные проступки на рабочих и служащих администрацией предприятий, учреждений, организаций. Привлечение к дисциплинарной ответственности должно осуществляться работодателем согласно правилам внутреннего трудового распорядка. Процедура применения дисциплинарных взысканий определяется в правилах внутреннего трудового распорядка в соответствии с Трудовым кодексом РФ 2001 г.

В соответствии со ст. 192 ТК РФ за совершение дисциплинарного проступка, то есть за неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям.

Конкретные меры дисциплинарных взысканий определяет руководитель медицинского учреждения, исходя из степени тяжести допущенного сотрудником дисциплинарного проступка. В учет оценки вины работника входят обстоятельства, при которых допущено

неисполнение (ненадлежащее) исполнение возложенных на него служебных обязанностей, предыдущее отношение к выполнению работы, наличие дисциплинарных взысканий за предыдущий период работы, либо применение мер поощрений и т. п.

2. Административная ответственность. Административная ответственность применяется за административные проступки органами внутренних дел, административными комиссиями при районной, городской администрации, различными инспекциями, в том числе и санитарными, а в отдельных случаях также и судом. Такая ответственность может наступить в виде предупреждения, штрафа, временного лишения определенного права и др.

Общегосударственные интересы, охрана которых предусмотрена в охранительных институтах административного права, защищаются независимо от защиты интересов частных лиц.

Административная ответственность заключается в применении к лицу (субъекту), совершившему административное правонарушение, предусмотренных законом мер государственного принуждения в установленном для этого процессуальном порядке.

Законодательство об административной ответственности (Кодекс об административных правонарушениях РФ 2001 г.) содержит различные составы правонарушений в сфере обеспечения здоровья граждан, в том числе и в сфере предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Следует обратить внимание, что соответствующие составы административных правонарушений объединены в гл. 6 «Административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность» КоАП РФ.

Состав административного правонарушения, предусмотренный в ст. 6.1 КоАП РФ, является формальным – следствие правонарушения не является обязательным признаком объективной стороны (закон наказывает за создание опасности причинения вреда).

За нарушение норм Закона о предупреждении ВИЧ наступает административная ответственность по ст. 6.1 «Соккрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения» КоАП.

Наличие ВИЧ-инфекции, а также люэса и других венерических заболеваний может быть выявлено при проведении медицинского обследования донора крови и ее компонентов. Проведение скрининга в указанных случаях, в частности, предусматривает серологическое исследование.

Данный состав административного правонарушения направлен на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, а также на своевременное проведение необходимых мероприятий для ограничения их распространения.

Объектом рассматриваемого правонарушения выступает здоровье граждан.

Предоставление информации гражданином о наличии у него ВИЧ-инфекции корреспондирует превентивным мерам по лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению при опасности для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции больных инфекционными заболеваниями, лиц с подозрением на такие заболевания и контактировавших с больными инфекционными заболеваниями (ст. 33 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

Указанным составом правонарушения в сфере предупреждения ВИЧ-инфекции не ограничиваются.

В частности, ст. 4 Закона о предупреждении ВИЧ-инфекции в числе гарантий государства предусматривается эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории РФ. КоАП РФ предусмотрена ответственность по ст. 6.3 «Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения». Данная норма является общей и имеет широкую сферу применения, обеспечивая

охрану здоровья населения и среды обитания человека во многих областях его жизнедеятельности, в том числе в сфере распространения ВИЧ.

Законом о предупреждении ВИЧ-инфекции предусматривается проведение медицинского освидетельствования учреждениями здравоохранения только на основании лицензии на медицинскую деятельность. Проведение медицинского освидетельствования на ВИЧ без соответствующей лицензии влечет для лиц (юридических лиц и индивидуальных предпринимателей), ведущих такую деятельность, административную ответственность по ст. 6.2 «Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью, либо народной медициной (целительством)» КоАП РФ.

Кроме того, наличие у иностранного гражданина (лица без гражданства) ВИЧ-инфекции является нарушением со стороны такого лица режима пребывания в Российской Федерации и в порядке п. 2 ст. 11 Закона о предупреждении ВИЧ влечет административную ответственность по ст. 18.8 «Нарушение иностранным гражданином или лицом без гражданства правил въезда в Российскую Федерацию либо режима пребывания (проживания) в Российской Федерации» КоАП РФ. Ответственность по данной статье предусматривает для нарушителя наложение административного штрафа с административным выдворением за пределы Российской Федерации или без такового.

3. Уголовная ответственность. Уголовная ответственность выступает в качестве правового последствия совершенного преступления и выражается в государственном принуждении в форме наказания. Для привлечения к уголовной ответственности необходимо возбуждение уголовного дела, последующее расследование и судебное разбирательство.

Уголовная ответственность применяется за совершение преступлений, т. е. общественно опасных деяний, запрещенных нормами уголовного права, источником которых является Уголовный кодекс. Преступление влечет уголовное наказание в виде штрафа, исправительных работ, лишения свободы и даже исключительную меру наказания.

В соответствии со ст. 14 УК РФ основанием привлечения конкретного лица или медицинского работника к уголовной ответственности является совершение им правонарушения – преступления, под которым понимают виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное УК РФ под угрозой наказания.

За нарушение положений комментируемого Закона в части предупреждения ВИЧ-инфекции УК РФ предусмотрен самостоятельный состав ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией», предусматривающей уголовную ответственность за поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией (деликт создания опасности) и заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни. Главный признак привлечения к уголовной ответственности заключается в осведомленности субъекта представления наличия у него ВИЧ-инфекции.

Субъективная сторона характеризуется умыслом (заведомостью). ВИЧ-инфицированный, зная о необходимости соблюдения им определенных санитарно-гигиенических правил, сознательно пренебрегает ими, нарушает эти правила, понимая, что тем самым ставит потерпевшего в опасность заражения.

Субъектом преступного посягательства является лицо, выступающее носителем ВИЧ-инфекции либо страдающее СПИДом, в возрасте не менее 16 лет.

При оценке обстоятельств, которые могли повлечь объективно ненадлежащую медицинскую помощь, необходимо учитывать несовершенство отдельных инструментальных медицинских методов диагностики и лечения; исключительность индивидуальных особенностей организма пациента; особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Под ненадлежащим исполнением лицом своих обязанностей понимается совершение деяния, не отвечающего полностью или частично официальным требованиям, предписа-

ниям, правилам. Медицинский работник несет ответственность за ненадлежащее исполнение (неисполнение) обязанностей, относящихся к его должности и соответствующих его образованию.

Деяние – это поведение человека в форме действия или бездействия, причем действие – это активное волевое поведение, а бездействие – пассивное волевое поведение, которое выражается в невыполнении лежащей на лице обязанности действовать.

Не исключается также и врачебная ошибка. Врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методах лечения, выполнении операций и т. д., возникшее вследствие объективных и субъективных причин: несовершенства медицинских знаний, техники, недостаточности знаний в связи с недостаточным опытом работы. Ответственность в данном случае не наступает.

Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей влечет ответственность по ч. 4 ст. 122 УК РФ.

Преступление имеет место при совершении виновным лицом действия или бездействия (ненадлежащим выполнением лицом тех профессиональных обязанностей, которые обеспечивают предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией).

Субъектом данного преступления может быть не только лицо, работающее в системе здравоохранения, осуществляющее диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, но и лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

Обязательным условием данного преступного деяния является наступление опасных последствий для потерпевшего (установление факта заражения ВИЧ-инфекцией), а также установление причинной связи между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей и наступившими последствиями.

4. Гражданско-правовая ответственность представляет собой установленные нормами гражданского права юридические последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения лицом своих обязанностей, что связано с нарушением субъективных гражданских прав другого лица.

Гражданское право регулирует имущественные и личные неимущественные отношения между юридически равными субъектами. Основным объектом правонарушений (посягательства) являются отношения собственности, т. е. материальные блага, различные виды гражданско-правовых обязательств, а также личные неимущественные права. Последние характеризуют, как правило, в обобщенном виде нематериальные блага (честь, достоинство, деловая репутация и т. п.). Поэтому используются характерные для гражданского права меры ответственности. Это действия в отношении нарушителя, влекущие для него отрицательные последствия имущественного характера – возмещение убытков, уплату неустойки (штрафа, пени), возмещение вреда.

Гражданско-правовая ответственность предусмотрена за нарушение договорных обязательств или за причинение внедоговорного имущественного ущерба.

Гражданско-правовая ответственность заключается в применении к правонарушителю (должнику) в интересах другого лица (кредитора) либо государства установленных законом или договором мер воздействия, влекущих для него отрицательные, экономически невыгодные последствия имущественного характера – возмещение убытков, уплату неустойки (штрафа, пеней), возмещение вреда.¹⁵⁰

К внедоговорной (деликтной) гражданско-правовой ответственности относится возмещение вреда, которое в сфере предупреждения ВИЧ рассматривалось выше (см. комментарий к ст. 20 Закона).

¹⁵⁰ См.: Большой юридический словарь / Под ред. А.Я. Сухарева, В.Д. Зорькина, Б.Е. Крутских. – М., 1999. – С. 463.

Договорная ответственность наступает в случаях, когда в законе либо прямо установлены формы и пределы ответственности за нарушение условий определенных договоров, либо сторонам предоставлено право самим оговаривать в договорах виды и условия ответственности.

Напомним, что медицинское освидетельствование и иные сопутствующие медицинские услуги могут оказываться как в государственных, так и в частных организациях здравоохранения. При этом соответствующие услуги могут оказываться на платной основе с заключением договора оказания медицинских услуг.

Следует учесть, что заказчиками по таким договорам выступают граждане (физические лица), на договорные отношения с участием которых распространяются помимо Гражданского кодекса РФ нормы специального законодательства, в частности Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».¹⁵¹

При оказании медицинской помощи права пациента могут быть нарушены непредоставлением необходимой информации, связанной с оказанием конкретной медицинской услуги.

Перечень существенных условий, касающихся договоров на оказание платных медицинских услуг, приведен в постановлении Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг, населению медицинскими учреждениями»¹⁵² и включает сведения об условиях и сроках получения медицинской помощи, порядке расчетов, правах, обязанностях и ответственности сторон.

При рассмотрении требований потребителя о возмещении убытков, причиненных недостоверной или недостаточно полной информацией об услуге, необходимо исходить из предположения об отсутствии у потребителя специальных познаний о свойствах и характеристиках услуги.

Ряд оснований можно рассматривать как последствия нарушения договорных обязательств, выступающих в качестве мер гражданско-правовой (договорной) ответственности.

Если медицинское учреждение своевременно не приступило к оказанию услуги или если во время выполнения работы стало очевидным, что оказание услуги не будет осуществлено в срок, пациент в соответствии со ст. 28 Закона о защите прав потребителей вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги и потребовать уменьшения цены;
- поручить оказание услуги третьим лицам или выполнить ее своими силами и потребовать от медицинского учреждения возмещения понесенных расходов;
- потребовать уменьшения цены за выполнение работы;
- расторгнуть договор об оказании услуги;
- потребовать полного возмещения ущерба.

В случае нарушения медицинским учреждением установленных сроков выполнения работ оно обязано уплачивать пациенту за каждый день (или час, если срок определен в часах) неустойку (пеню) в размере 3% от стоимости услуги. Сумма взысканной неустойки (пени) не может превышать цену оказания услуги.

При возникновении между пациентом и медицинским учреждением спора по поводу недостатков выполненной работы или вызвавших их причин по требованию любой из сторон должна быть назначена экспертиза.

При защите прав потребителей применяются и такие формы ответственности, как неустойка и уплата процентов за пользование чужими денежными средствами (ст. 395 ГК РФ).

¹⁵¹ СЗ РФ. – 1996. – № 3. – Ст. 140.

¹⁵² СЗ РФ. – 1996. – № 3. – Ст. 194.

Договорная ответственность за причинение вреда жизни и здоровью при оказании медицинских услуг может предусматривать более широкий спектр оснований ее возникновения и объем возмещения вреда по сравнению с деликтной.

Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в процессе оказания платных медицинских услуг, подлежит возмещению исполнителем медицинской услуги и в том случае, если причинен вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, согласно ст. 1095 ГК РФ.

Утраченный заработок и иные доходы схожи с упущенной выгодой, а расходы на лечение и сопутствующие расходы – с реальным ущербом в том его параметре, который включает расходы на восстановление нарушенного права.

В зависимости от основания возникновения ответственности выделяются 2 вида гражданско-правовой ответственности: договорная и внедоговорная. Договорная ответственность наступает при неисполнении или ненадлежащем исполнении обязательства, вытекающего из заключенного договора (п. 1 ст. 393 ГК РФ).

Статья 25. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом до 1 июля 1995 года

Комментируемая норма предписывает Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации в целях реализации положений Закона привести свои нормативные акты в соответствие с его положением. Для этого установлен конкретный срок – до 1 июля 1995 г.

Комментируемый Закон был принят 30 марта 2005 г., т. е. для работы по приведению в соответствие своих актов для реализации положений указанной нормы Президенту РФ и Правительству РФ установлено 3 (три) месяца.

В комментируемой статье речь идет о подзаконных актах. Это нормативные правовые акты, издаваемые на основе и во исполнение законов. Они могут конкретизировать нормы законов, толковать их или устанавливая новые нормы, но при этом должны соответствовать и не противоречить законам. Подзаконные акты являются средством реализации законодательных норм.

Ведущая роль в системе подзаконных актов РФ принадлежит актам Президента РФ.

Акты Президента РФ принимаются в форме указов и распоряжений и не могут противоречить Конституции РФ и законам РФ. Нормативные правовые акты Президента принимаются, как правило, в форме указов. Акты Правительства РФ принимаются в форме постановлений и распоряжений, которые не могут противоречить Конституции РФ, законам РФ, актам Президента РФ (п. 1 ст. 23 Федерального конституционного закона от 17 декабря 1997 г. № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации»)¹⁵³.

Акты Правительства РФ имеют большую силу по отношению к актам федеральных органов исполнительной власти и актам местных органов. Нормативные правовые акты Правительства принимаются, как правило, в форме постановлений.

Акты федеральных органов исполнительной власти (так называемые ведомственные акты) издаются на основе и во исполнение не только Конституции РФ, законов РФ, указов Президента, но и постановлений Правительства РФ. Подзаконные акты субъектов РФ имеют свою иерархическую структуру и распространяются на все лица и иные субъекты права, находящиеся на территории соответствующего субъекта РФ.

При этом Акты Президента РФ и Правительства РФ в иерархии нормативных актов занимают более низкое по отношению к федеральным законам место. В связи с этим имеют подчиненное положение как актам более высокого уровня. Из этого исходят основы построения правовой базы, обеспечивающие ее эффективность, и в требованиях к настоящему Закону.

¹⁵³ СЗ РФ. – 1997. – № 51. – Ст. 5712.

Статья 26. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 августа 1995 года

Комментируемая статья определяет дату вступления в силу Закона о предупреждении ВИЧ-инфекции. Момент вступления нормативного акта имеет важное значение в вопросах реализации его положений, а также влияния его норм на права и обязанности граждан, организаций и иных субъектов права.

На значимость соблюдения порядка вступления нормативных актов в силу обращалось внимание в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 31 октября 1995 г. № 8 «О некоторых вопросах применения судами Конституции Российской Федерации при осуществлении правосудия»¹⁵⁴, регулирующем вопросы порядка рассмотрения судебных дел. Верховный Суд РФ в руководящих разъяснениях, в частности, обращал внимание судов на то, что в силу п. 3 ст. 15 Конституции РФ не могут применяться законы, а также любые иные нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы, обязанности человека и гражданина, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения. В соответствии с указанным конституционным положением суд не вправе основывать свое решение на неопубликованных нормативных актах, затрагивающих права, свободы, обязанности человека и гражданина. Это правило распространяется также и на иные случаи правоприменения. Официальное опубликование является конституционной гарантией прав граждан. Государство не может требовать от граждан соблюдения законов, содержание которых не доведено до их сведения.

Порядок официального опубликования федеральных нормативных правовых актов определен Федеральным законом от 14 июня 1994 г. № 5-ФЗ «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания»¹⁵⁵. Общий принцип вступления нормативных актов установлен в ст. 6 Федерального закона: соответствующие нормативные документы вступают в силу одновременно на всей территории Российской Федерации по истечении 10 дней после дня их официального опубликования, если самими законами или актами палат не установлен другой порядок вступления их в силу.

Под официальным опубликованием нормативного акта понимается доведение их содержания до всеобщего сведения в официальном источнике.

Что касается официального источника, то к таковым относится несколько: Российская газета, Собрание законодательства Российской Федерации, дополнительно с 26 октября 1999 г. – Парламентская газета. Поэтому дата выхода этих изданий в свет с тестом нормативного акта будет одновременно датой их официального опубликования.

В данном случае срок вступления в силу установлен самым нормативным актом, т. е. определен в Законе, – 1 августа 1995 г., что отличается от общего порядка вступления нормативных актов в силу.

Следует учесть, что отдельные изменения и дополнения в настоящий Закон имеют свой порядок вступления их в силу.

В частности, изменения, внесенные Федеральным законом от 12 августа 1996 г. № 112-ФЗ, вступили в силу со дня его официального опубликования (14 августа 1996 г.), изменения, внесенные Федеральным законом от 9 января 1997 г. № 8-ФЗ, – со дня его официального опубликования – 21 января 1997 г., изменения, внесенные Федеральным законом от 7 августа 2000 г. № 122-ФЗ, – с конкретной даты – 1 июля 2000 г., изменения, внесенные Феде-

¹⁵⁴ Российская газета. – 1995. – № 247. – 28 декабря.

¹⁵⁵ СЗ РФ. – 1994. – № 8. – Ст. 801.

ральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, – с конкретной даты – 1 января 2005 г., изменения, внесенные Федеральным законом от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ, – 24 октября 2007 г., изменения, внесенные Федеральным законом от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ, – с конкретной даты – 1 января 2009 г.

Комментируемый Закон не содержит оговорок о применении к отдельным его положениям правил об обратной силе. Обратная сила закона – распространение действия закона на случаи, имевшие место до вступления его в силу. По общему правилу Закон обратной силы не имеет, т. е. не распространяется на отношения, возникшие до введения его в действие.

Правила об обратной силе закона действуют в случаях, когда принятый нормативный акт, во-первых, касается прав и свобод граждан, во-вторых, улучшает положение граждан. Во всех иных случаях, если в тексте нормативного акта не предусмотрено иное, нормативный акт распространяется на общественные отношения, возникшие после вступления его в силу, т. е. имеет перспективное действие.

Следует учесть, что комментируемый Закон затрагивает права и свободы граждан. Однако некоторые положения Закона их ограничивают. Комментируемый Закон, следуя общим правилам действия нормативных актов, обладает «эффектом» перспективного действия.

Нормативные правовые акты

Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.

Конвенция о защите прав человека и основных свобод (заключена в г. Риме 4 ноября 1950 г.).

ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. HR/PUB/98/1. ООН. Нью-Йорк и Женева. 1998.

Бюджетный кодекс РФ от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ (ред. от 9 апреля 2009 г.).

Гражданский кодекс РФ (часть первая) от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (ред. от 9 февраля 2009 г.).

Гражданский кодекс РФ (часть вторая) от 26 января 2006 г. № 14-ФЗ (ред. от 9 апреля 2009 г.).

Гражданский процессуальный кодекс РФ от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ (ред. от 28 июня 2009 г.).

Жилищный кодекс РФ от 29 декабря 2004 г. № 188-ФЗ (ред. от 23 июля 2008 г., с изм. от 3 июня 2009 г.).

Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (ред. от 3 июня 2009 г.).

Налоговый кодекс РФ от 31 июля 1998 г. № 146-ФЗ (ред. от 26 ноября 2008 г., с изм. от 17 марта 2009 г.).

Семейный кодекс РФ от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 30 июня 2008 г.).

Трудовой кодекс РФ от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (ред. от 7 мая 2009 г.).

Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 3 июня 2009 г.).

Уголовно-исполнительный кодекс РФ от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ (ред. от 3 июня 2009 г.).

Федеральный конституционный закон от 17 декабря 1997 г. № 2-ФКЗ (ред. от 30 декабря 2008 г.). «О Правительстве Российской Федерации».

Закон СССР от 23 апреля 1990 г. «О профилактике заболевания СПИД».

Закон РФ от 22 июня 1991 г. № 1499-1 (ред. от 23 июля 2008 г.) «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Закон РФ от 28 ноября 1991 г. № 1948-1 (ред. от 31 мая 2002 г.) «О гражданстве Российской Федерации».

Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 (ред. от 23 июля 2008 г., с изм. от 3 июня 2009 г.) «О защите прав потребителей».

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (ред. от 22 августа 2004 г., с изм. от 27 февраля 2009 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 (ред. от 28 ноября 2007 г.) «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Закон РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-1 (ред. от 23 июля 2008 г.) «О донорстве крови и ее компонентов».

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утверждены ВС РФ от 22 июля 1993 г. № 5487-1) (ред. от 30 декабря 2008 г.).

Федеральный закон от 2 декабря 1990 г. № 395-1 (ред. от 28 апреля 2009 г., с изм. от 3 июня 2009 г.) «О банках и банковской деятельности».

Федеральный закон от 14 июня 1994 г. № 5-ФЗ (ред. от 22 октября 1999 г.) «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания».

Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ (ред. от 1 декабря 2007 г.) «О международных договорах Российской Федерации».

Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ (ред. от 30 октября 2007 г.) «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 28 апреля 2009 г.) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Федеральный закон от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ (ред. от 23 июля 2008 г.) «О радиационной безопасности населения».

Федеральный закон от 12 августа 1996 г. № 112-ФЗ «О внесении дополнения в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Федеральный закон от 22 августа 1996 г. № 125-ФЗ (ред. от 13 февраля 2009 г.) «О высшем и послевузовском профессиональном образовании».

Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ (ред. от 28 июня 2009 г.) «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию».

Федеральный закон от 9 января 1997 г. № 8-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ (ред. от 30 декабря 2008 г.) «О лекарственных средствах».

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (ред. от 30 декабря 2008 г.) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ (ред. от 14 июля 2008 г.) «Об основах обязательного социального страхования».

Федеральный закон от 19 июня 2000 г. № 82-ФЗ (ред. от 24 июня 2008 г., с изм. от 27 ноября 2008 г.) «О минимальном размере оплаты труда».

Федеральный закон от 7 августа 2000 г. № 122-ФЗ (ред. от 6 марта 2006 г., с изм. от 25 декабря 2008 г.) «О порядке установления размеров стипендий и социальных выплат в Российской Федерации».

Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ (ред. от 23 июля 2008 г.) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Федеральный закон от 8 августа 2001 г. № 129-ФЗ (ред. от 30 декабря 2008 г.) «О государственной регистрации юридических и индивидуальных предпринимателей».

Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ (ред. от 22 июля 2008 г.) «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

Федеральный закон от 17 декабря 2001 г. № 173-ФЗ (ред. от 30 июня 2009 г.) «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

Федеральный закон от 31 мая 2002 г. № 62-ФЗ (ред. от 30 декабря 2008 г.) «О гражданстве Российской Федерации».

Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ (ред. от 3 июня 2009 г.) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ (ред. от 9 февраля 2009 г.) «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ (ред. от 1 июля 2009 г.) «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ (ред. от 9 февраля 2009 г.) «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию».

Федеральный закон от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ (ред. от 14 июля 2007 г.) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».

Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве».

Федеральный закон от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ (ред. от 30 декабря 2008 г.) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием осуществления полномочий Правительства Российской Федерации».

Указ Президента РФ от 5 ноября 1998 г. № 1330 (ред. от 28 декабря 2008 г.) «Об утверждении Положения о Консульском учреждении Российской Федерации».

Указ Президента РФ от 14 ноября 2002 г. № 1325 (ред. от 15 июля 2008 г.) «Об утверждении Положения о порядке рассмотрения вопросов гражданства Российской Федерации».

Указ Президента РФ от 13 октября 2004 г. № 1313 (ред. 23 октября 2008 г.) «Вопросы Министерства юстиции Российской Федерации».

Указ Президента РФ от 26 декабря 2006 г. № 1455 (ред. от 13 мая 2008 г.) «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами».

Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года».

Указ Президиума ВС СССР от 25 июня 1976 г. «Об утверждении Консульского устава СССР» (утвержден Законом СССР от 29 октября 1976 г.).

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 25 августа 1987 г. «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД».

Постановление Верховного Совета от 13 июля 1993 г. № 5426-1 «Об утверждении Федеральной целевой программы на 1993—1995 годы по предупреждению распространения заболеваний СПИДом в Российской Федерации (АнтиСПИД)».

Постановление Госкомтруда СССР, Президиума ВЦСПС от 25 октября 1974 г. № 298/П-22 (ред. от 29 мая 1991 г.) «Об утверждении Списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день».

Постановление Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 877 «Об утверждении Перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проводят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров».

Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017 (ред. от 1 февраля 2005 г.) «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1995 г. № 1158 «Об утверждении Требований к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев».

Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

Постановление Правительства от 28 февраля 1996 г. № 221 (ред. от 30 декабря 2005 г.) «Об утверждении Правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Постановление Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. № 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей».

Постановление Правительства Российской Федерации от 1 мая 1996 г. № 540 «Об утверждении Федеральной целевой программы по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1996—1997 годы и на период до 2000 года «АнтиВИЧ/СПИД».

Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2000 г. № 163 (ред. от 20 июня 2001 г.) «Об утверждении Перечня тяжелых работ и работ с вредными и опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда лиц моложе восемнадцати лет».

Постановление Правительства РФ от 19 марта 2001 г. № 201 (ред. от 26 июня 2007 г.) «Об утверждении Перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета».

Постановление Правительства РФ от 13 ноября 2001 г. № 790 (с изм. от 21 октября 2004 г.) «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 годы)».

Постановление Правительства РФ от 19 июня 2002 г. № 438 (ред. от 8 декабря 2008 г.) «О Едином государственном реестре юридических лиц».

Постановлением Правительства РФ от 24 октября 2002 г. № 769 (ред. от 28 марта 2008 г.) «Об утверждении Правил расходования средств на мероприятия по депортации либо административному выдворению иностранных граждан и лиц без гражданства за пределы Российской Федерации при невозможности установления приглашающей стороны».

Постановление Правительства РФ от 1 ноября 2002 г. № 789 (ред. от 6 апреля 2009 г.) «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание».

Постановление Правительства РФ от 1 ноября 2002 г. № 794 (ред. от 28 марта 2008 г.) «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства вида на жительство».

Постановление Правительства РФ от 2 апреля 2003 г. № 188 (ред. от 1 февраля 2005 г.) «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации».

Постановление Правительства РФ от 9 июня 2003 г. № 335 (ред. от 8 мая 2009 г.) «Об утверждении Положения об установлении формы визы, порядка и условий ее оформления и выдачи, продления срока ее действия, восстановления ее в случае утраты, а также порядке аннулирования визы».

Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2004 г. № 54 (ред. от 30 декабря 2005 г.) «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью».

Постановление Правительства РФ от 16 августа 2004 г. № 413 (ред. от 6 мая 2006 г.) «О миграционной карте».

Постановление Правительства РФ от 30 сентября 2004 г. № 506 (ред. от 27 января 2009 г., с изм. от 24 февраля 2009 г.) «Об утверждении Положения о Федеральной налоговой службе».

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2005 г. № 856 «Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях».

Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. № 870 «Об обеспечении государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2006 году за счет средств федерального бюджета диагностическими средствами и антиретровирусными препаратами в целях профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, оборудованием и расходными материалами для неонатального скрининга».

Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. № 191 «Об утверждении перечня должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников».

Постановление Правительства РФ от 16 июня 2006 г. № 378 «Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире».

Постановление Правительства РФ от 9 октября 2006 г. № 608 (ред. от 21 января 2007 г.) «О Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Постановление Правительства РФ от 15 ноября 2006 г. № 681 «О порядке выдачи разрешительных документов для осуществления иностранными гражданами временной трудовой деятельности».

Постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 (ред. от 7 апреля 2008 г.) «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

Постановление Правительства РФ от 29 января 2007 г. № 54 (ред. от 26 ноября 2007 г.) «О федеральной целевой программе «Национальная технологическая база» на 2007—2011 годы».

Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280 (ред. от 9 апреля 2009 г.) «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2011 годы)».

Постановление Правительства РФ от 17 сентября 2007 г. № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией».

Постановление Правительства РФ от 28 июля 2008 г. № 574 «Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе и о внесении изменений в положение о военно-врачебной экспертизе».

Постановление Правительства РФ от 5 августа 2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда в которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

Постановление Правительства РФ от 20 ноября 2008 г. № 870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого

отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда».

Постановление Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. № 913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2008 г. № 1097 «О финансовом обеспечении за счет ассигнований федерального бюджета государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации».

Распоряжение Правительства РФ от 11 декабря 2006 г. № 1706-р «Концепция федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2011 годы)».

Распоряжение Правительства РФ от 25 декабря 2007 г. № 1905-р «О выделении в 2008—2010 годах из федерального бюджета средств на проведение научно-исследовательских работ по разработке вакцины против ВИЧ-инфекции, мониторинга за вирусом иммунодефицита человека».

Постановление Минтруда России от 8 августа 1996 г. № 50 «Об утверждении Порядка предоставления сокращенной продолжительности рабочего времени (36 часов в неделю) и ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 календарных дней (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за работу в опасных для здоровья условиях труда) работникам организаций здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работникам организаций, работа которых связана с материалом, содержащим вирус иммунодефицита человека».

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 12 марта 2003 г. № 15 «О введении в действие СанПиН 2.1.2. 1199-03».

Приказ Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. № 776 «Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД».

Приказ Минздрава СССР от 28 августа 1987 г. «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом СПИД (Синдром приобретенного иммунодефицита)».

Приказ Минздрава России от 28 декабря 1993 г. № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Приказ Минздравмедпрома России от 16 августа 1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

Приказ Минздравмедпрома России от 30 октября 1995 г. № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ».

Приказ Минздравмедпрома России № 307 и Госкомсанэпиднадзора России № 221 от 30 июля 1996 г. «Об утверждении Перечня организаций, предприятий, производств и их структурных подразделений, работа в которых дает право на установление надбавки в размере 20 процентов оклада (тарифной ставки) за осуществление диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных, а также за работу, связанную с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека».

Приказ Минздрава России от 26 ноября 1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

Приказ Минздрава России от 19 апреля 1999 г. № 133 «О научно-практическом центре профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей».

Приказ Минздрава России от 23 августа 1999 г. № 327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)».

Приказ Минздрава России от 20 декабря 2000 г. № 445/77 «О порядке приема больных учреждениями здравоохранения федерального подчинения».

Приказ Минздрава России от 10 февраля 2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

Приказ Минздрава России от 9 июня 2003 г. № 235 «О создании Координационного Совета Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку».

Приказ Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями».

Приказ Минздрава России от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и образца информированного согласия на проведении химопрофилактики ВИЧ».

Приказ Минздрава России от 19 января 2004 г. № 9 «Об утверждении временной учетной формы № 313/у «Извещение о случае завершения беременности ВИЧ-инфицированной женщины».

Приказ Минздравсоцразвития от 16 августа 2004 г. № 83 (ред. от 15 мая 2005 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения этих осмотров (обследований)».

Приказ Минздравсоцразвития России от 19 октября 2004 г. № 166 «О создании Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИД Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Приказ Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 178 «О создании Координационного совета по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации».

Приказ Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи».

Приказ Минздравсоцразвития России от 29 июля 2005 г. № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

Приказ Минздравсоцразвития России от 5 декабря 2005 г. № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией».

Приказ Минздравсоцразвития России от 17 марта 2006 г. № 166 «Об утверждении Инструкции по заполнению годовой формы федерального государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингентах, больных ВИЧ-инфекцией».

Приказ Минздравсоцразвития России от 18 июня 2007 г. № 424 «О Координационном совете по управлению реализацией мероприятий Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007—2011 годы».

Приказ Минздравсоцразвития России от 9 июля 2007 г. № 474 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Приказ Минздравсоцразвития России от 17 сентября 2007 г. № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией».

Приказ Роспотребнадзора от 21 марта 2005 г. № 364 «Об утверждении Положения об аналитической группе по мониторингу и эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД».

Приказ Роспотребнадзора от 23 октября 2008 г. № 397 «Об утверждении основных направлений деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 2009 год».

Приказ Ростехрегулирования от 30 декабря 2005 г. № 532-ст «Об утверждении национального стандарта».

Приказ Ростехрегулирования от 27 декабря 2007 г. № 563-ст «Об утверждении национального стандарта».

Приказ ФПС России от 25 мая 2001 г. № 327 «Об утверждении Инструкции о мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Пограничной службе Российской Федерации».

Приказ ФСКН России от 9 сентября 2005 г. № 279 «Об утверждении инструкции об организации работы по предупреждению распространения в органах наркоконтроля заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Приказ министра обороны от 30 июня 2006 г. № 200 (ред. от 28 апреля 2009 г.) «Об утверждении Порядка обеспечения денежным довольствием военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации».

Приказ Минюста России от 20 декабря 2006 г. № 376 (ред. от 4 мая 2008 г., с изм. от 22 апреля 2009 г.) «Об утверждении Положения о денежном довольствии сотрудников уголовно-исполнительной системы».

Приказ ФСБ России от 20 февраля 2008 г. № 60 (ред. от 17 ноября 2008 г.) «Об утверждении Порядка обеспечения военнослужащих органов Федеральных службы безопасности отдельными месячными и иными дополнительными выплатами денежного довольствия».

Письмо Минздрава России от 17 октября 2000 г. № 2510/11197-32 «О введении в действие Временного порядка по ввозу (вывозу) биообъектов».

Письмо Минздравсоцразвития России от 19 июня 2006 г. № 15/410-16-3 «О контроле за образовательной деятельностью в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИД».

Письмо Минобрнауки России от 6 октября 2005 г. № АС-1270/06 и Роспотребнадзора от 4 октября 2005 г. № 0100/8129-05-32 «О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде».

Письмо ФФОМС от 5 мая 1998 г. № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования».

Письмо ФФОМС от 29 октября 1999 г. № 5470/30-3/и «О методических рекомендациях».

Письмо ФСС РФ от 1 сентября 2000 г. № 02—18/10-566 «Об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах».

Письмо Минюста России от 27 сентября 2001 г. № 18/29-321 «О льготах аттестованным сотрудникам УИС за работу с ВИЧ-инфицированными осужденными».

Государственные требования к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по специальности 0406 Сестринское дело (базовый уровень среднего профессионального образования). Квалификация – медицинская сестра. Регистрационный № 02-0406-Б (утвержден Минобразованием России 21 января 2002 г).

Приказ председателя Москомархитектуры от 22 апреля 2008 г. № 32 «Об утверждении пособия к МГСН 4.12.-97 «Лечебно-профилактические учреждения», выпуск 7 «Амбулаторно-поликлинические учреждения».

Постановление главы администрации Пижанского района Кировской области от 7 мая 2008 г. № 28 «Об утверждении Положения об организации работы муниципального учреждения здравоохранения «Пижанская центральная районная больница».

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 31 октября 1995 г. № 8 (ред. от 6 февраля 2007 г.) «О некоторых вопросах применения судами Конституции Российской Федерации при осуществлении правосудия».

Постановлением Верховного Суда РФ от 17 марта 2004 г. № 2 (ред. от 28 декабря 2006 г.) «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации».

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16 ноября 2006 г. № 52 «О применении судами законодательства, регулирующего материальную ответственность работников за ущерб, причиненный работодателю».

Определение Конституционного Суда РФ от 12 мая 2006 г. № 155-О «По жалобе гражданина Украины Х. на нарушение его конституционных прав пунктом 2 статьи 11 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», пунктом 13 статьи 7 и пунктом 1 статьи 9 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

